

Bibliothèque numérique

medic@

**Armangué y Tuset, José. Estudios
clínicos de neuropatología**

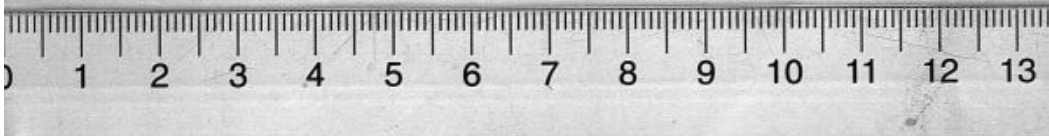
Barcelona : Ramirez y C., 1884.



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?45177>

45177

ESTUDIOS CLÍNICOS
DE
NEUROPATOLOGÍA.



ESTUDIOS CLINICOS
" "
NEUROLOGIA

45177

ESTUDIOS CLÍNICOS DE NEUROLOGÍA

POR

José Armangué y Tuset,

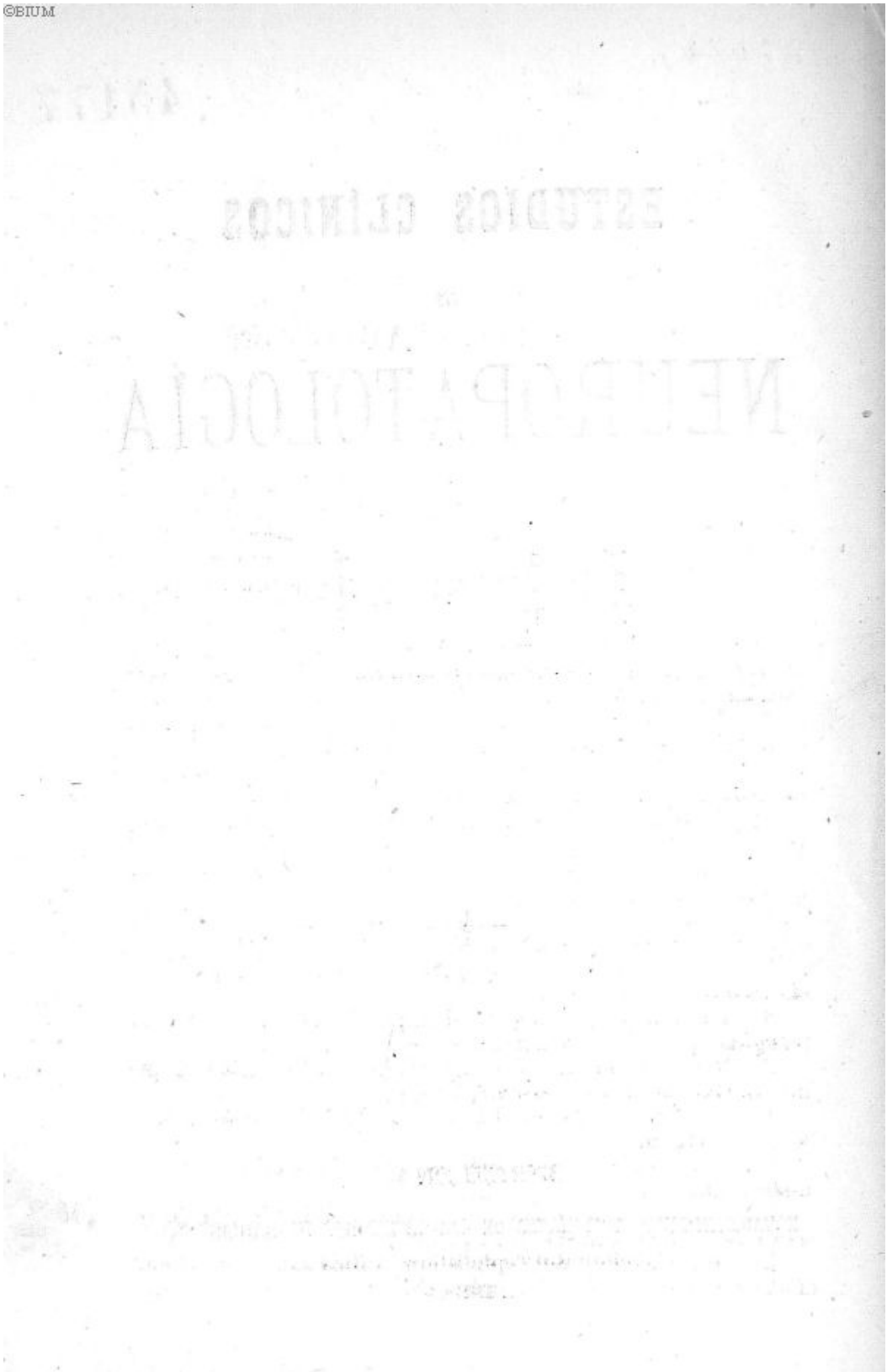
AYUDANTE DE CÁTEDRAS PRÁCTICAS CON DESTINO Á LAS CLÍNICAS DE LA FACULTAD
DE MEDICINA DE BARCELONA.

45177



BARCELONA.

ESTABLECIMIENTO TIPOGRÁFICO DE LOS SUCEORES DE RAMIREZ Y C.
Pasaje de Escudillers, núm. 4.
1884.



ESCRITOS DEL MISMO AUTOR.

No se poseerá jamás bibliografía completa que tenga toda la precisión deseable, si cada autor no coloca al frente de sus publicaciones la nota exacta de todos sus escritos anteriores.

H. KÜHNHOLTZ.

1. Observaciones de erisipela contagiosa. (*Independencia médica*, t. XIII, p. 252.)
2. Inyecciones hipodérmicas de sulfato de magnesia como purgantes. (*Gaceta médica de Cataluña*, t. I, p. 304.)
3. Caso de urticaria crónica tratada por el clorhidrato de morfina. (*Gaceta médica de Cataluña*, t. I, p. 502.)
4. Caso de fagedenismo. (*Independencia médica*, t. XVI, página 167.)
5. Caso de flemon profundo de la mano. (*Independencia médica*, t. XIV, p. 118.)
6. Caso de elefantiasis de los árabes curada por el yodo *intus et extra*. (*Independencia médica*, t. XVI, p. 229.)
7. Caso de higroma tratado por el masaje. (*Independencia médica*, t. XIV, p. 90.)
8. Lecciones de clínica médica, por D. Pedro Esquerdo, recogidas por Víctor Azcarreta y por José Armangué.
9. Necrosis de una falange del pie consecutiva á un uñero. (*Boletín médico-escolar*, t. II, p. 9.)
10. La toracentésis en Barcelona. (*Boletín médico-escolar*, t. I, pág. 9.)
11. Lactifugos y galactóforos. (*Boletín médico-escolar*, tomo I, pág. 9.)
12. Gangrena de la vulva en el curso de la tifoidea. (*Gaceta médica de Cataluña*, t. II, p. 736.)
13. Intoxicación por aplicación tópica de la morfina. (*Boletín médico-escolar*, t. I, pág. 18.)

14. Caso de sarna tratada por el ácido fénico y el ácido piro-leñoso. (*Boletín médico-escolar*, t. I, p. 19.)
15. Caso de cáncer de la mama; extirpacion, hemorragias consecutivas; ingertos epidérmicos; curacion. (*Boletín médico-escolar*, t. I, pág. 19.)
16. Fragilidad de las costillas en un pelagroso. (*Boletín médico-escolar*, t. I, p. 48.)
17. Paraplegia y neuralgia por compresion en el curso del embarazo (*Boletín médico-escolar*, t. I, p. 51.)
18. Parálisis y neuralgia del plexo braquial por compresion debida á una muleta. (*Boletín médico-escolar*, t. I, pág. 52.)
19. Nota clínica sobre la peritonitis idiopática. (*Gaceta médica de Cataluña*, t. III, p. 324.)
20. Estudios termométricos sobre el puerperismo. (*Independencia médica*, t. xv, p. 349.)
21. El cremáster considerado como estesiómetro. (*Independencia médica*, t. xvi, p. 4.)
22. Estadística de la operacion de Porro. (*Independencia médica*, t. xvi, p. 93.)
23. Necesidad de que vuelva sobre el tapete el proyecto del Dr. Giné, referente á la verificacion de las defunciones. (*Independencia médica*, t. xvi, p. 205.)
24. Ocho casos de evolucion espontánea. (*Independencia médica*, t. xvi, p. 239.)
25. La espermatorreya y la impotencia por influencia psiquica. (*Revista frenopática*, año I, págs. 133 y 225.)
26. Absceso del hígado abierto en los bronquios; curacion rápida. (*Siglo médico*, t. xxviii, n.º 1,423, pág. 216.)
27. Los insectos milabris como vesicantes. (*Independencia médica*, t. xvi, p. 265.)
28. Casos de tuberculosis por inneidad. (*Independencia médica*, t. xvi, p. 268.)
29. Líquido purulento en la pleura salido al exterior por las vías aéreas. (*Independencia médica*, t. xvi, p. 281.)
30. Las inyecciones hipodérmicas de morfina contra las disneas. (*Independencia médica*, t. xvi, p. 284.)
31. Tratamiento de la amigdalitis por el bi-carbonato sódico. (*Siglo médico*, t. xxviii, pág. 376.)
32. Sutura intestinal en dardo. (*Independencia médica*, tomo xvi, p. 368.)
33. Jeringa para inyecciones hipodérmicas. (*Independencia médica*, t. xvi, p. 393.)
34. El Aenas afer como vesicante. (*Siglo médico*, n.º 1442.)
35. Una ovariectomía en Nueva-Belen. (*Revista frenopática*, año I, n.º 11.)

36. Mancha de la córnea curada por el amoníaco líquido con consideraciones sobre el tratamiento de los leucomas. (*Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, n.º 130)
37. Algo más sobre la jeringa para inyecciones hipodérmicas. (*Independencia médica*, t. XVII, n.º 11.)
38. Aneurisma de la aorta abdominal. (*Revista de Ciencias médicas*, t. VIII, n.º 1 y 2.)
39. La fotoparestesia y la locura de Sócrates. (*Revista frenopática*, t. II, n.º 13.)
40. Trois cases remarquables de fractures. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, t. VI, número 4)
41. El lavado gástrico; exposicion de casos clínicos y estudio crítico. (*Revista de clínica médica*, núms. 1, 5, 7, 8, 11 y 12.)
42. El bi-carbonato de sosa en la amigdalitis. (*Independencia médica*, t. XVII, p. 135.)
43. El conflicto hospitalario. (*El Diluvio de Barcelona*, 3 de Febrero de 1882.)
44. Defensa de un artículo sobre el tratamiento de las manchas de la córnea. (*Independencia médica*, t. XVII, número 13.)
45. Las hemorragias en la cirrosis. (*Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, n.º 135.)
46. Un dato más para la valoración de la cura salicílica. (*Revista de ciencias médicas*, t. VIII, n.º 4.)
47. Linfo-sarcoma generalizado. (*Independencia médica*, tomo XVII, p. 184.)
48. Caso de absceso del hígado, muerte. (*Revista de clínica médica*, año I, núms. 3 y 4.)
49. Casos dignos de mención de la clínica del Dr. Giné. (*Independencia médica*, t. XVII, p. 219.)
50. Apuntes históricos sobre el lavado gástrico. (*Revista de ciencias médicas*, año VIII, págs. 196, 235, 292, 358, 423, 488, 549 y 614.)
51. Otro caso de absceso del hígado abierto en los bronquios. (*Boletín del Ateneo de internos de Barcelona*, año I, página 119.)
52. La forma de las nubes es un medio para conocer la dirección del viento. (*Crónica científica*, 10 de Agosto de 1882.)
53. Enorme adenoma mamario. (*Independencia médica*, año XVII, n.º 3.)
54. Mejoras que deben introducirse en los hospitales para niños. (*Independencia médica*, año XVI, n.º 1.)
55. La bacteria sífilítica. (*Independencia médica*, año XIX, número 2.)

56. Réplica á los Sres. Gourgues y Dujardin-Beaumetz en defensa de mis apuntes históricos sobre el lavado del estómago. (*Revista de ciencias médicas*, año VIII, n.º 2.)

57. Discusion sobre algunos puntos de la historia del lavado gástrico, por Gourgues, Dujardin-Beaumetz y José Armangué. Folleto de 16 páginas.—Barcelona, 1882.

58. Caso de absceso por congestion, curado por la puncion simple. (*Revista de ciencias médicas*, año VIII, p. 22.)

59. Prima operazione di Porro, eseguita in Spagna. (*Gazetta medic. di Torino*, año 23, n.º 33.)

60. Casos de afasia. (*Revista de ciencias médicas*, año IX, números 1 y 3.)

61. La enfermedad y muerte de Gambetta. (*Independencia médica*, 1883, 21 de Enero.)

62. Los perros y los médicos. (*Independencia médica*, año XVIII, n.º 14, p. 161.)

63. Méningitis granuleuse; guérison par le iodure de potassium: aphasie consecutive. (*Gazette hebdomadaire de Montpellier*. núms. 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16 y 17.)

64. Curiosas noticias que sobre el curare se dan en una obra del siglo pasado. (*Independencia médica*, año XVIII, 1883, 11 y 21 de Julio.)

65. Nuevos datos sobre el bi-carbonato sódico en la amigdalitis. (*Revista de ciencias médicas*, año IX, p. 579.)

66. Epilepsia pseudo-gástrica. (*Gaceta médica catalana*, tomo VI, n.º 20.)

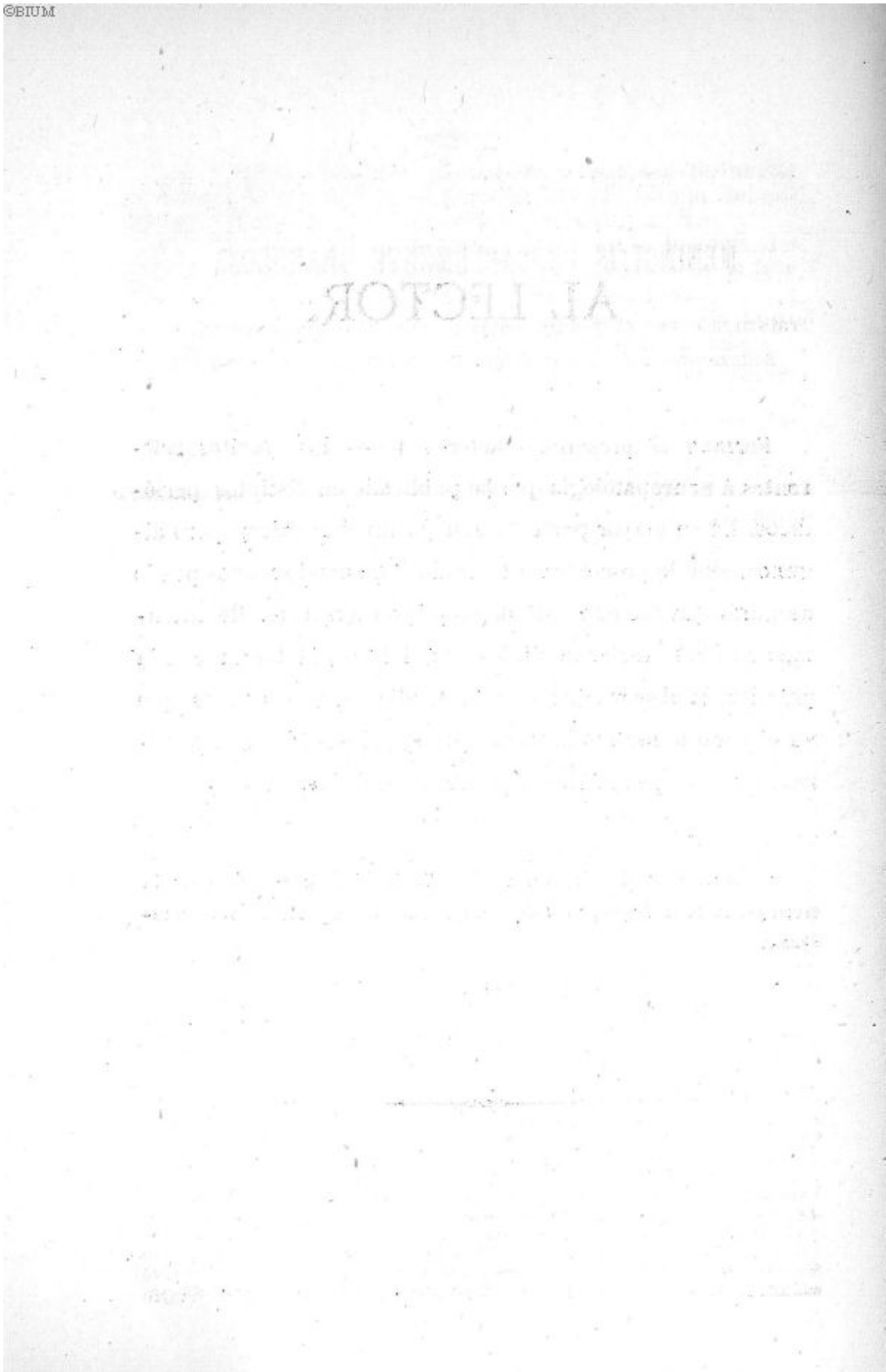
Otros artículos, Revistas criticas de la prensa médica, Estudios bibliográficos y traducciones en la *Independencia médica*, *Revista de ciencias médicas* y *Restaurador farmacéutico*.



AL LECTOR.

Forman el presente cuaderno todos los escritos referentes á neuropatología que he publicado en distintos periódicos. En su mayor parte no son de mucho valor; pero algunos, sino lo poseen en alto grado (1), cuando ménos puedo asegurar que me han costado no pequeño trabajo. He intentado en ellos asociar la clínica con el libro, la teoría con la práctica, la observacion con la erudicion, cosas todas que no sé por qué motivo la mayor parte de los médicos de nuestro país se empeñan en mantener divorciadas.

(1) Me refiero á la Memoria sobre *La Meningitis granulosa* y la monografía de la *Jaqueca oftálmica*, que formarán parte de este cuaderno.



MENINGITIS PROBABLEMENTE GRANULOSA.

Tratamiento por el yoduro potásico curacion; afasia consecutiva.

Reflexiones sobre la naturaleza de la meningitis granulosa (1).

Se trata de una niña de 3 años, blanca, fina, linfática, hija de padres sanos y que hablaba con soltura y abundancia de términos. Su hermano ha presentado distintas manifestaciones de escrofulismo. Estaba muy gorda, cuando adquirió el sarampion, durante la fuerte epidemia de esta enfermedad que reinó en Barcelona á principios del año 1882. No se notó nada de particular durante esta enfermedad, sino que produjo una conjuntivitis del ojo derecho, que luego continuó durante largo tiempo sin curarse, adquiriendo un carácter claramente escrofuloso. Enflaqueció mucho con el sarampion y no recobró, pasado éste, su antigua gordura.

En 14 de Mayo de 1882, mes y medio despues de la erupcion morbillosa, sufrió bruscamente un ataque convulsivo no anunciado por ningun fenómeno prodrómico, tan pronunciado que hubiese llamado la atencion. El ataque convulsivo se repitió en el dia siguiente, pero esta vez fué más débil que en la primera. Tuvo algunos vómitos en los cuatro primeros dias. No tardó en entrar en el coma y á presentar fiebre, por lo que sus padres llamaron á un homeópata. Fué agravándose, de modo que en 25 de Mayo fui llamado y la encontré en el siguiente estado:

Cara cadavérica, de un color marchito amarillo súcio, ojos hundidos, fijos, sin alma ni brillo, ancho circulo amo-

(1) Esta Memoria fué publicada primeramente en la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, (1883 núms. 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16 y 17.) Aprovecho esta ocasion para manifestar mi agradecimiento á Gavraud, catedrático supernumerario de dicha Facultad, por haberse tomado la molestia de traducir dicho escrito en franc-s. Este mismo trabajo fué reimpreso con muchas adiciones, en la *Revista de ciencias médicas de Barcelona* 1883, núms. 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17.) Pue ten leerse extractos críticos del mismo en el *Archivo di Patologia infantile*, en el *Journal de Médicine* de Paris, en los *Avisos de Madrid*, *Revista de medicina y cirugia prácticas*, *Union de las ciencias médicas*, *Gaceta de los hospitales*, *Revista médico-farmacéutica*, etc.

ratado en los párpados y piel vecina; fisonomía sin expresión, en fin un aspecto *sui generis* difícil de explicar. Pupilas algo dilatadas, poco sensibles á la luz. Ninguna lesión macroscópica en la córnea. Le dura aun la inflamación de la conjuntiva del ojo derecho. No hice el exámen oftalmoscópico. Grandísimo enflaquecimiento. No hace ningun movimiento. No hay lesión alguna en la piel. Frialdad de los extremos; temperatura 39,4°; cuando pellizco la piel ó la rayo con la uña, se presenta al poco rato en el punto excitado una gran rubicundez, que á los pocos minutos desaparece. Siente aun si la tocan; oye poco y al parecer no ve nada. Está abriendo y cerrando continuamente los párpados del ojo izquierdo que son los no inflamados. Mueve frecuentemente la cabeza lateralmente, movimiento que imita la expresión mímica del *no*. Mientras he estado á su lado ha conservado el decúbito lateral derecho. No tiene tendencia á dejar caer la cabeza por detrás de la almohada. No intenta nunca sentarse en la cama. Continúa se succiona el pulgar de la mano derecha, lo que ya hacia á veces antes de padecer la actual enfermedad. Dejó del todo de hacer este acto en los primeros días de la misma, pero ahora no cesa nunca de verificarlo. Si le quito el dedo de la boca, lo vuelve allí en seguida, y si se lo impido largo rato, se queja y tiende de un modo fatal á llevarle á dicho punto. No da el grito de los hidrocefálicos, pero á cada movimiento respiratorio despide un débil quejido. La respiración es frecuentísima y fatigosa; no he podido hallar el tipo de Cheyne-Stokes. Estertor bronquial de gruesas burbujas. Indudablemente hay cierto grado de parálisis bronquial. Pulso frecuente, débil y un poco irregular: vientre blando y no abultado; diarrea pero los excrementos tienen el color ordinario. Al principio de su afección tenia mucho apetito que ahora ha perdido del todo. No hay escaras en ninguna parte de su cuerpo: ni llora ni deja nunca su impasibilidad. No suda; piel muy seca; los piés están desviados mirando hácia adentro la planta, y estando dirigida la punta hácia la línea media.

Receto yoduro potásico 2 gramos para ser tomados en 24 horas.

26 Mayo. Temperatura 39°.

27 Mayo. Temperatura 38°6. Respiración ménos fatigosa. Cuando la he llamado ha hecho un brusco movimiento. Pulso algo más regular. Si la tocan da muestras de sentirlo intensamente. Sus padres me dicen que quedó ayer un momento sin respirar, como si estuviese muerta.

27 Mayo. Mueve más las manos y los piés. Lloro de un modo algo natural pero solo cuando la tocan. El ojo derecho

está al parecer curado, de modo que ahora ambos están limpios. Continúa el uso del yoduro. Receto además calomelanos, 2 centigramos para 20 papeles.

30 Mayo. Durante el tiempo que la estoy visitando, solo ha tomado caldo. Hoy mando que se le dé hidrógala. Vuelve á tener los párpados del ojo derecho inflamados. Depone mucho y siempre materias diarréicas verdes. Debo advertir que ha tomado ya 10 papeles de calomelanos.

31 Mayo. Añado á la pocion yodurada un grano de tintura de digital. Apenas la tocan llora sin ruido pero largo rato. Se succiona continuamente el dedo pulgar de la mano derecha. Decúbito lateral, preferentemente el lateral derecho. Respira bastante bien.

1 Junio. Pulso 112; mucha tos; el decúbito empieza á ser indiferente; gran sensibilidad cutánea.

2 Junio. Cámaras litéricas; depone la leche, coagulada, sin digerir y casi sin alteracion; tos muy frecuente; respiraciones 52 por minuto. Receto yoduro potásico 2 gramos; alcohol 20 gramos; agua destilada 150; jarabe 20. Se suspenden los calomelanos y la leche; se le dá leche y extracto de carne.

10 Junio. Durante tres dias llevó hielo encima de la cabeza, pero no hubo cambio alguno apreciable. Ahora está sin fiebre; respira bien, no tiene tos; diarrea no litérica. No ha enflaquecido más, desde que yo cuido de ella. No hay escaras, ni erupciones. Los globos oculares están limpios. El párpado inferior del ojo izquierdo con secrecion moco-purulenta; los del derecho han empeorado á medida que la niña mejora. La cara adquiere un aspecto más normal. Ya no presenta aquellos accesos de inmovilidad, que la hacian parecer muerta. No se le ha presentado nada patológico en la boca. Lloro ruidosamente y con abundante secrecion de lágrimas. Si mientras llora se la riñe calla al momento. Si le dan algo lo toma y al momento lo lleva á la boca. Come bien; pulso lento, regular, aunque débil. Ha ido tomando el yoduro potásico, pero ayer añadí á la pocion, bromuro potásico y extracto de quina. Alimentacion, leche, extracto de carne y vino de Jerez.

12 Junio. Receto: yoduro potásico 2 gramos, fosforo de zinc 1 milígramo, extracto de quina medio gramo. Una mosca de Milan detrás de una oreja.

16 Junio. Lloro todo el dia. Añado hidrato de cloral á la anterior pocion.

19 Junio. Está tan intranquila que mando cerrar el vejigatorio. Ve algo y oye bastante.

22 Junio. Extreñimiento. Lloro mucho ménos. Cambio la última pocion por la siguiente: yoduro potásico 1 gramo y medio, tintura de yodo dos gotas, hierro Bravais 6 gotas.

4 Julio. Buen aspecto; gana en carnes; no tose; llora poco; deposiciones normales; come mucho, oye y ve bastante, pero no habla.

6 Julio. Temperatura 37°,6. Por lo demás en igual estado.

12 Julio. Suspendo el yoduro.

27 Julio. Corre por la habitacion con mucha agilidad; está muy bien nutrida; ya no tiene ningun mal en los párpados. Come mucho; ha recobrado del todo la vista y el oido, pero ha perdido enteramente la palabra y el entendimiento. Receto la solucion de clorhidrofosfato de cal y 1 miligramo de sublimado corrosivo.

10 Agosto. Está tomando tres miligramos de sublimado al dia. Distingue ya á los individuos de su familia, de modo que no quiere separarse de su madre y acaricia á su padre como antes de estar enferma. Sus actos no son tan desordenados como en los primeros dias de levantarse; maneja los objetos sin estropearlos. En muchas cosas se puede reconocer el retorno de la inteligencia, pero el lenguaje continúa nulo. La única palabra que pronuncia es *mama*, y aun la aplica en todasocasiones á todos los objetos.

23 Octubre. Es cada dia más inteligente pero no aumenta mucho su facultad de hablar.

Posee cinco ó seis términos sencillos como *mam* (*bebida* en lenguaje infantil catalan) y *yaya* (*abuela*) y casi siempre los aplica bien. Su mirada ya no tiene la vaguedad y el extraño brillo que tenia dos meses atrás. Come con mesura, no con la voracidad y desenfreno de los primeros tiempos de su convalecencia; sus movimientos son más regulares y más motivados que antes.

15 Diciembre. No ha cambiado mucho desde la fecha anterior. Están enteramente normales los movimientos de lengua y cara. Su inteligencia, aunque no llega al estado normal ha sido bastante recuperada.

14 Enero 1883. El movimiento de los órganos de la fonacion es libre y perfecto. La inteligencia, al parecer, es normal ó casi normal. Meses atrás cuando le entregaban un reloj se lo llevaba á la boca; ahora se lo acerca al oido y escucha atentamente el *tic-tac*; esto tiene bastante importancia para comprender la regeneracion intelectual de esta niña, sobre todo si se tiene en cuenta que este último acto lo ejecutaba siempre, antes de estar enferma. Hace algun tiempo, si le daban algo de comer, lo queria todo para sí; ahora lo ofrece á los que la rodean: esta muestra de generosidad indica algun mayor adelanto de la inteligencia, pues á mi entender el egoismo es tanto más *brutal* (y tened en cuenta que no digo *mayor*) cuanto menos racional sea un individuo. Hoy he no-

tado que ha adquirido términos; así compruebo que dice: *Mam* (bebida), *Papa* (padre), *Mama* (madre), *Yaya* (abuela), términos del lenguaje infantil, que siempre los aplica bien y además posee otras tres palabras, que las ha creado ella para su exclusivo uso (pues no están en ningún vocabulario) y que ella aplica constantemente al mismo objeto; estas son *nany* con que designa al reloj, (en catalán *rellotje*); *Fu* con que denomina á la manzana, (en catalán *poma*) y *Boba*, que lo usa en lugar de *Dolores*. En este caso, parece que la niña debe volver á aprender á hablar; que las palabras que posee no son las antiguas que hubieren despertado, sino que las ha adquirido de nuevo. De todos modos, gasta mucha calma en recobrar el habla, de modo que ó la tercera circunvolucion derecha también debe estar lesionada, ó no posee en muy alto grado la facultad supletoria que Luys con otros eminentes autores le conceden. Este caso me recuerda el referido por un autor cuyo nombre no recuerdo (y no estoy para perder tiempo en buscarlo), quien dice que un afásico volvió á hablar, no porque las antiguas palabras hubiesen reaparecido; sino porque las estudió una á una trabajosamente, apuntándolas en una pizarra apenas las oía.

31 Agosto 1883. Esta niña, aun cuando no poseía palabra alguna, cantaba admirablemente, en relacion á su edad, de modo que su facultad musical no ha sido afectada en lo más mínimo. Ahora adelanta, aunque lentamente, en la recuperacion de su lenguaje.

Esta niña, la he presentado á la Academia y Laboratorio de ciencias médicas de Cataluña, para que el que quisiera, pudiera examinar su estado intelectual y convencerse de su afasia.

En resumen:

Niña de 3 años; sarampion que provoca en ella manifestaciones escrofulosas (blefaritis). Dos meses despues de desarrollo de una enfermedad que juzgué era una meningitis granulosa. Uso constante del yoduro potásico. Curacion de la meningitis, quedando la enferma con demencia y afasia, y subsistiendo, por fin, como último resultado, una afasia que tiende muy poco á desaparecer.

COMENTARIOS:

¶ *Párrafo primero.* Este hecho confirma la opinion de que es el sarampion la enfermedad aguda que mina más (á pesar de la aparente benignidad con que comunmente se presenta

en nuestro país) la constitucion de los que ataca, y provoca muchas veces la aparicion de lesiones escrofulosas ó tuberculosas. En este caso la niña estaba gorda y sana antes de padecerlo; se alimentaba bien y vivia en un piso bien ventilado. Antes del sarampion no habia presentado alteraciones escrofulosas. Despues de éste, quedó muy débil y flaca, y afectada de una tenaz blefaritis de carácter tórpido. Por fin, apareció la enfermedad que yo juzgué era una meningitis tuberculosa.

*Hechos y razones en apoyo del párrafo primero
de los comentarios.*

Muchos buenos autores de los siglos pasados admitian al sarampion como una de las causas más poderosas de la tisis. W. Hunter decia que el sarampion predisponia á las escrófulas. Sydenham y Pablo Franck aceptaban cierta analogia de especificidad entre el sarampion y la tisis. Blanche, señala la relacion que hay entre el sarampion y la tuberculósis. Stoll (*Aphoris.* 808) acusa al sarampion de acabar á veces en tisis. Rilliet y Barthez han notado que la cuarta parte de los niños que han pasado el sarampion en los hospitales, se vuelven tuberculosos. Miguel Lévy comprobaba una proporcion igual de tísicos entre los reclutas militares que habian sufrido el sarampion en *Val de Grace*. El mismo hecho fué observado en Viena en 1853. Y sin embargo, es de suponer que en la práctica domiciliaria no se nota este hecho con tanta frecuencia, ya que los enfermos que son albergados en los asilos y hospitales, están generalmente en malas condiciones.

Barthez en 16 autopsias de individuos muertos de complicaciones pulmonares del sarampion, encontró tres veces tuberculosis aguda y una vez grandes cavernas.

Gerhardt (*Tratad. de enfermed. de niños*, ed. españ. p. 561) señala al sarampion como una de las causas más frecuentes de la meningitis tuberculosa. Vogel, dice, que la enfermedad que más frecuentemente sigue al sarampion es la tuberculósis. El mismo autor señala como resultado muy comun de la fiebre morbillosa, á la blefaritis escrofulosa. West considera al sarampion como causante de muchas tuberculósis; cita además el caso de una niña á la que sobrevino la meningitis tuberculosa, despues de haber sufrido el sarampion. Schedel y Cazenave aseguran que el sarampion causa á menudo oftalmias escrofulosas muy rebeldes y que favorece el desarrollo de tubérculos. Kunze le acusa de producir meningitis tuberculosas, y Grisolle le atribuye blefaritis y tubérculos, y el mismo afirma que las fiebres eruptivas, en general, tienen un

grande poder productivo de meningitis granulosa. Trousseau dice, que el sarampion da origen á oftalmías muy tenaces. Kaposi cree que el sarampion al principio de su curso ó en la mitad del mismo, hace aparecer muchas veces una meningitis granulosa. Segun el mismo, las oftalmías són frecuentes consecuencias de aquella efermedad.

Hoffmam fué uno de los primeros que creyó que el sarampion era seguido frecuentemente de tisis (1).

Kortum observó una epidemia de sarampion aparentemente ligero, pero que era seguido frecuentísimamente de tisis.

«De todas las afecciones eruptivas, dice Guersant, no conozco ninguna que acelere más el desarrollo de tubérculos.» (*Dict de méd.* 1827, t. XVIII, p. 316). Fleisch es de la misma opinion (*Handbuch ueber Krankheiten der Kinder*, 2 bd., 160, 161).

José Frank dice: *Phthisis pulmonalis, in iis præsertim qui jam ante morbillorum adventum tuberculis pulmonis laborarunt occurrit.* (*Præxeos medicinæ præcepta, de Morbilli*, t. II, p. 292).

Rayer afirma que el sarampion desarrolla tubérculos pulmonares y apresura sus progresos. (*Andral. Cliniq. méd.* 1^{er}. edit., t. III, p. 27). Segun Gendron el sarampion no es grave solamente durante su período de agudez. Si consecutivamente el enfermo ha conservado la tos y si la convalecencia se hace lenta, se debe temer, sea el progreso, sea el comienzo de la tisis pulmonar. (Gendron, *thèse*, 1835, p. 16).

Volviendo á Rilliet y Barthez, de cuyo tratado he tomado algunos de los datos apuntados, debo manifestar que creen mucho en esta influencia tuberculizante del sarampion, al que acusan de causar frecuentemente la meningitis tuberculosa. Uno de ellos vió en el mismo dia en Ginebra á tres niños atacados de meningitis tuberculosa consecutiva al sarampion. (*Traité des maladies des enfants*, t. III, 2.^a edition, 1851, p. 287).

Barrier, Pidoux, Hanot, (Art. *Phtisie*, en *Dict. de Méd. et chir* de Jaccoud), Laënnec y Fórmica-Corsi (*Revista de ciencias médicas de Barcelona*, 1882, n.º 7 y 16), le acusan de causar muy á menudo la tuberculosis. Sanné (*Rougeole, Dct. encyclo. des scien. méd.*) dice: «la meningitis tuberculosa no es en efecto, un accidente inmediato, se desenvuelve al cabo de un mes ó dos, algunas veces más tarde aun, despues de pasado

(1) *Finito etiam morbo si tussicula nun raucedine persistit, nisi cito idoneis succurratur remediis, in phthisin et hecticam fit transitus.* Hoffmann, *Opera omnia* 1748, t. IV, p. 63. *De febre morbillósa.*

el sarampion.» Esta enfermedad, segun el autor deja una especie de caquexia que tiene una grande analogia con la escrófula y que se traduce por queratitis ulcerosas y por conjuntivitis granulosas, etc., y en los sujetos escrofulosos esta influencia es más marcada aun. El sarampion da un latigazo (continúa hablando Sanné) á las manifestaciones de esta diátesis cuya marcha era antes lenta.

Hufeland sostiene que el sarampion es una poderosa causa de tisis y de blefaritis escrofulosa.

James Wardrop (*Ophthalmie exanthématique. Journal des progrès des scien. méd.* 1827, 5.º volumen, 118), acusaba al sarampion de producir lo que él llamaba *oftalmia exantematosa*. D'Espine dice que hace aparecer lesiones escrofulosas, entre ellas la blefaritis ciliar, en los individuos predispuestos. El mismo autor cree que el sarampion es de todas las enfermedades agudas la que dispierta con más seguridad el germen latente de la tuberculós. Segun él, la tuberculós miliar, en especial la meníngea, es observada algun tiempo despues de la aparicion del exantema. Colin ha demostrado muchas veces la tuberculós miliar en los quintos. Oyon señala á la granulia como frecuente complicacion del sarampion en el hospital des *Enfants assistés*.

Segun Damaschino hace segura la terminacion fatal de la tisis. Jaccoud acepta tales relaciones, pero hace notar que hay notables diferencias segun el genio epidémico, y dice que causa á menudo la meningitis tuberculosa. Segun Barthez, el sarampion se acompañaria más á menudo de granulosis aguda y generalizada y más raramente de tisis pulmonar. Cheyne asegura haber visto muchos casos de hidrocefalia aguda consecutiva al sarampion en una violenta epidemia que asoló la Escocia en 1807 y 1808.

En Ginebra, Rilliet ha observado tres casos de meningitis tuberculosa á consecuencia del sarampion, y Archambault ha recogido dos casos semejantes muy curiosos, en su práctica particular. Bouchut dice que el sarampion da nacimiento á la meningitis tuberculosa, pero que para que á ésta llegue á parar la congestion cerebral que lo acompaña, es preciso hallar en el organismo ya manifiesta, ya latente, la caquexia escrofulosa ó tuberculosa. Carreras-Aragó, en un bello estudio sobre *Las diversas manifestaciones oculares del sarampion* (*Revist. de cien. médicas* 1882, n.º 12 y 14) dice que los estados discrásicos, sobre todo el escrofuloso, influyen mucho en el desarrollo de la blefaritis post-sarampionosas, y cita un caso de meningitis con neuritis óptica, Parrot observó un caso de meningitis tuberculosa consecutiva al sarampion, en el hospicio de los *Enfants assistés* de París. Gibney, de New-

York, ha defendido la opinion de que el sarampion produce afecciones escrofulosas, sobre todo de los huesos, y ha publicado buenas estadísticas en apoyo. (*The Sequelæ of measles, with Special Reference to the Development of a Strumous Diathesis. The Medical Record*, vol. XXI, n.º 22, 589 y *The Strumous Element in the Etiology of Joint Disease. New-York medical Jour. July and August, 1877*). Gibney acaba el primero de los articulos que acabo de citar con las siguientes conclusiones: «1.º El sarampion no es siempre una afeccion poco mortifera. 2.º El sarampion, algo ménos los otros exantemas y bastante la coqueluche, poseen funesta influencia sobre las enfermedades óseas consideradas comunmente como escrofulosas. 3.º El sarampion y la tos ferina son de todas las enfermedades de la infancia las que más ayudan la evolucion de las afecciones estrumosas hereditarias. 4.º La diátesis estrumosa puede ser causada por el sarampion ó la coqueluche en niños absolutamente libres de enfermedades hereditarias, tanto del lado paterno como materno.» Shradý (*The Practitioners' Society of New-York. May 19, 1882*) dice que él ha observado casos en que el sarampion habia producido muy claramente afecciones escrofulosas articulares. Recuerda particularmente á dos pacientes en los que esta relacion de causa á efecto era innegable. Peabody no duda de la culpabilidad del sarampion en la produccion de la tuberculósis, solo que cree que obra indirectamente.

Así, pues, me parece imposible negar esta influencia funesta del sarampion, cuando tantos y tan ilustres autores la aceptan. Pero, ¿cómo obra dicha enfermedad para preparar la aparicion de la escrófula y del tubérculo? Muchos autores pretenden que se explica sencillamente esta propiedad por lo mucho que debilita al enfermo. Permite el desarrollo de tisis, porque deja al cuerpo en una extremada miseria fisiológica. Esta opinion ha sido defendida por Bouchardat en 1861. Ruzf decia en 1835 que en el estado de la ciencia médica en aquel tiempo, no habia proposicion más atrevida que este pretendido poder del sarampion para la produccion de tubérculos. Despues, en 1857 (*Gaz. méd. de Paris* p. 574), cambió algo de opinion, pues admitió que la tuberculizacion sucede frecuentemente al sarampion como sucede á *cualquier causa debilitadora*. Peter admite la influencia del sarampion, en virtud de que «todo lo que debilita es una causa lejana de tuberculizacion, y lo que acaba de debilitar es una ocasion próxima de la misma.» (*Clinique médicale*, t. II).

Sin embargo, si aceptamos esta opinion, hemos de creer que las enfermedades tuberculizarán proporcionalmente á la debilidad en que dejen al organismo. Y en esto se apoyaria

un dilema «ó el sarampion no es la enfermedad que tuberculiza más á menudo, ó es la que debilita más.» Si se ha de juzgar el grado de debilidad por el grado de aplastamiento físico y moral, por la pérdida de peso, por la intensidad de la fiebre que se ha pasado y por la duracion de la enfermedad, otras afecciones hay que debilitan más que el sarampion; entre ellas tenemos á la fiebre tifóidea, al reumatismo poliarticular agudo y á la difteria, enfermedades á las que la opinion comun de los médicos no les atribuye muy á menudo la aparicion de la tisis, sino que al contrario, habian sido, aunque erróneamente, consideradas por largo tiempo como antagonistas de la misma. Cuando la doctrina exclusiva de la debilitacion, sostenida con talento y elocuencia por Peter, reinaba en la etiología de la tisis, hubiera sido difícil armonizar estos datos contradictorios, «enfermedad que al parecer no es la que debilita más, en el sentido más general de este término» y «enfermedad, que segun el juicio de la mayor parte de los médicos, es la que tuberculiza más.» Pero ahora que se sabe que se tuberculizan seres robustos, que muchos individuos débiles quedan indemnes, ahora, en fin, que es cada dia más aceptada la idea de que es la tuberculosis debida á un parásito y si no se quiere adelantar tanto, cuando ménos á un virus, son tambien necesarias ciertas condiciones orgánicas, que en el presente nos escapan, pero que no son por esto ménos indudables, para que el tal virus pueda multiplicarse. La debilidad predispondria á la enfermedad tuberculosa, pero la verdadera predisposicion estaria en un modo de ser del organismo, que nuestros limitados é imperfectos medios de estudio no alcanzan á reconocer. Así las cosas, diríamos que el sarampion causaria la tisis, en primer lugar dejando al cuerpo en un estado especial apto para la pululacion del virus tuberculoso ó escrofuloso y en segundo lugar debilitando.

Antes de terminar esta anotacion debo hacer una reserva. En general se culpa al sarampion de más accidentes de los que él realmente ocasiona. Como casi todos los niños lo han padecido y se sabe que su accion es traidora, no es extraño se le dé la culpa de todo lo que sobrevenga, aunque sea de ello inocente. El estúpido principio *post hoc, ergo propter hoc* se pone á contribucion á cada paso, y es necesaria mucha prudencia y cordura, sobre todo, en medicina, para no regirse en todos momentos por el mismo. Sabiendo esto, no han faltado autores que han tratado de casualidad el que al sarampion siga la tisis, y han negado del todo la influencia de aquél sobre ésta. Así Roger dice, que la frecuencia de la tisis post-morbillosa, se ve tan solo en los hospitales, porque

en ellos son recogidos individuos, por lo comun, muy debilitados.

A pesar de todo, inspira respeto y confianza el inmenso número de célebres autores que acepta dicha relacion de causalidad entre el sarampion, la escrófula y la tisis, de modo que muy dificilmente podrá negarse tal relacion.

Párrafo segundo de los comentarios.—Muchos autores, al negar la curabilidad de la meningitis tuberculosa, se han apoyado en lo dudoso del diagnóstico. Pero ¿cómo convencer á estos incrédulos, cuando desde el momento en que los enfermos curan, la comprobacion anátomo-patológica del diagnóstico es imposible, por falta de autopsia? De todos modos está fuera de duda que la tuberculosis es curable y mucho más lo son los tubérculos escrofulosos propiamente dichos. Digo esto último, porque sospecho que la meningitis granulosa, algunas veces más bien puede referirse á la escrófula que á la tuberculosis, aunque por el estrecho parentesco, ya que no identidad, de ambas diátesis, sea muy difícil deslindar claramente si pertenece á la una ó á la otra.

Que la meningitis tuberculosa es curable lo prueban autopsias de individuos que habian presentado los síntomas de dicha afeccion, que curaron de la misma, y que murieron años despues de otra afeccion ó de una recidiva de la meningitis. En dichas autopsias se encontraron tubérculos antiguos, á veces cretificados.

El Dr. D. Pedro Carreras visitó á la hermanita de un médico amigo mio; la que tenia dos años y presentaba todos los síntomas culminantes de la meningitis granulosa. Tratóla con altas dosis de yoduro potásico y logró curarla. Pasando cinco años, ó sea á la edad de 7 años, volvía á presentar los mismos síntomas y moría á pesar de lo enérgico del tratamiento. No se hizo la autopsia.

El mismo médico cuidó á mi hermano menor, el que tuvo, á los dos meses de haber pasado el sarampion, una meningitis tuberculosa; no hablaba, ni oía, ni veía. Despedía de tanto en tanto un grito estridente de un timbre especial, que ponía convulso el oírlo. Hacia continuamente movimiento de lateralidad de la cabeza. Muchos síntomas existian que hacian indudable el diagnóstico. Fue administrada gran cantidad de yoduro potásico, y actualmente, siete años (tiene ahora 10 años) despues de esta enfermedad, aun vive.

*Hechos y razones en apoyo del párrafo segundo
de los comentarios.*

En dicho párrafo hemos dicho: 1.º que la meningitis granulosa era curable; 2.º que no tiene esto nada de extraño, porque probablemente es muchas veces más bien escrofulosa que tuberculosa, y 3.º que aunque fuese verdaderamente tuberculosa, tampoco deja de ser admisible su curabilidad, desde el momento en que es cierto que la tuberculosis es curable.

1.º *La meningitis granulosa es curable.* La curabilidad de la meningitis tuberculosa es negada por la mayoría de los médicos, pero debo advertir que se niega porque los prácticos se han encerrado en una especie de círculo vicioso. Así es que para ellos, una vez hecho el diagnóstico de tal; si el enfermo muere, aquel era exacto; si cura, era equivocado. Otros niegan la curabilidad, apoyados en que no han visto curar ninguna.

Estos pesimistas tratan á todas las curaciones que se han publicado de falsos hechos apoyados en errores de diagnóstico. Es cierto que los errores de diagnóstico son muy frecuentes en esta afección, tanto que á renglón seguido voy á citar algunas muestras de ellos, para que se haga evidente lo difícil que es acertar en esta materia.

Rendu ha referido un caso de gliosarcoma que simuló una meningitis tuberculosa. (*Bull. et mém. de la Société méd. des hóp. de Paris* 1876, 25. XV p. 227.)

El mismo autor relató en 1830, ante la Société anatomique de Paris. (Sesión 16 Abril), un caso análogo, pues pudo comprobar todos los síntomas de una meningitis tuberculosa en un sujeto en el que se halló en la autopsia un tumor del cuerno de Ammon y una hidrocefalia. En la misma sesión, Variot contó que un tumor cerebral que ocupaba el ventrículo medio ofreció la marcha clínica de una meningitis granulosa. Dicho tumor se acompañaba de hidrocefalia y de intensa congestión meníngea.

Janeway refirió la siguiente observación clínica ante la Academia de Medicina de Nueva-York; (*Revista de medicina y cirugía prácticas*, 7 Enero 1883 n.º 157); una muchacha de diez y ocho años ingresó en el hospital de Bellevue, después de haber sufrido dos ataques de convulsiones que se atribuyeron á una lesión renal, con dolores musculares que se exacerbaban á la presión, rigidez en el cuello, contracción pupilar y retención de orina. No presentaba señales de parálisis y oía bien. Al poco tiempo se observó en la enferma el

fenómeno conocido por respiracion de Cheyne-Stokes, y falleció. Se diagnosticó el caso de meningitis basilar, pero en la autopsia se descubrió la presencia de un coágulo voluminoso en uno de los ventrículos laterales, debido á la rotura de un aneurisma y la existencia de una hidronefrosis doble. René Leclerc citó ante el Congreso médico de la Rochela en 1882 (*Gaz. hebd. de Paris*, 1882 p. 594), una interesante observacion de una niña á la que se habia desahuciado por creerla atacada de meningitis tuberculosa, sin embargo curó, y cual no fué la sorpresa de la familia y de los médicos cuando se vió que en 15 dias de enfermedad habia crecido 9 centímetros. No se trataba más que de una fiebre de crecimiento. Siredey en 1881, diagnosticó una fiebre tifoidea de forma espinal, luego tuvo que sustituir este diagnóstico por el de meningitis tuberculosa cerebro espinal, y se halló en la autopsia que sólo existía una meningitis simple (*Gaceta médica catalana* I, 569). En 1881, Laurand refirió á la *Société Anatomique* de Paris el caso de un jóven de 19 años, que habia sucumbido á una afeccion cerebral, que fué diagnosticada de meningitis tuberculosa, pues de esta presentaba todos los síntomas. En la autopsia se encontraron hidátiles en el cerebro.

Otras veces, al contrario, pasa la meningitis tuberculosa bajo el nombre de otra enfermedad. Así Bramwell diagnosticó una vez de meningitis cerebro-espinal epidémica, dos casos que simultáneamente se presentaron en dos hermanos, y en la autopsia se encontró, en el uno una meningitis simple dependiente de supuracion del oído, y en el otro, una meningitis tuberculosa (*The Lancet*. Jan. 5. 1878, p. 9).

Una muestra notable de error de diagnóstico es el que cometió Hardy en el año pasado, y digo notable porque persistió en él despues de la autopsia. Un individuo tuberculoso presentó síntomas de meningitis, y Hardy, fundándose en la frecuencia de pulso y elevacion de la temperatura, creyó que era una meningitis franca. En la autopsia halló granulaciones en las meninges con signos indudables de inflamacion de las mismas y á pesar de esto continuó llamando á aquella afeccion *meningitis simple* (*Gaz. de hóp.*, 3 Agosto, 1882). Poco le importaba que la anatomía patológica lo desmintiese, si la marcha clínica fué de una meningitis simple. No sé qué nombre merece esta exageracion del amor propio, que hace mantener un error aun delante de la evidencia, y que hace negar á la anatomía patológica, única que puede guiarnos en estos asuntos, sacrificándola en aras de la marcha clínica. ¿Por ventura no sabe Hardy que la marcha clínica de esta afeccion es variabilísima? En ninguna de las muchas historias clíni-

cas que he leído, la he encontrado igual. Interesa mucho analizar las razones en que se apoya Hardy para fundar su peregrina afirmación. Dice que en su caso hubo elevación de temperatura. Pero yo le citaría muchas observaciones incontestables de meningitis tuberculosa en que la temperatura fué muy elevada. Hay autores que indican al aumento de temperatura como más común en ella que el descenso (1). Y la teoría viene también en apoyo de esta opinión. En efecto, no ha de producir fiebre por lo que tiene de inflamación? ¿No ha de dar igual resultado por lo que tiene de tuberculosis? Lo mismo diré de la lentitud de pulso que faltaba en el enfermo de Hardy y que este quiere hacer patognomónica de la meningitis granulosa (2). La frecuencia del pulso ha sido señalada por muchos otros autores como acompañando á incontestables meningitis tuberculosas (3). Hardy sin duda se inspiraba en las ideas de Germain-Sée, al afirmar lo que acabo de indicar. Germain-Sée, dice que la lentitud de pulso es tan constante en la meningitis tuberculosa que se puede asegurar, que todos los casos de tal diagnosticados sin que este signo existiese, constituían otros tantos errores de diagnóstico. Añade que esto es lo que debe haber pasado en los casos de curación de la meningitis tuberculosa que han sido señalados por diversos autores (4).

(1) Cuidadasas observaciones hechas en un hospital sobre el estado del calor del cuerpo en el curso de la meningitis tuberculosa han permitido al Dr. Turin llegar á las siguientes conclusiones: 1.^a La meningitis tuberculosa está á veces asociada con altas temperaturas. 2.^a En un pequeño número de casos la afección comienza por una elevación súbita del calor. 3.^a Los resultados termométricos son muy variables, de modo que no ha podido obtenerse una curva típica. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* Decem. 23, 1880).

(2) Este hecho de Hardy es una prueba fehaciente de lo contrario, puesto que á pesar de la frecuencia de pulso, en la autopsia se hallaron gran laciones en las meninges. Hardy decía: «puesto que la frecuencia de pulso no se observa en la meningitis tuberculosa, en mi caso no había tal enfermedad, porque dicha frecuencia existía.» Yo cambio al revés el silogismo de Hardy, y digo: «puesto que en el caso de Hardy se hallaron tubérculos, y existió frecuencia de pulso, es indudable que esta puede hallarse en la meningitis tuberculosa».

(3) Un reciente ejemplo es el caso publicado por Rendu en que en una meningitis tuberculosa, comprobada por la autopsia, había habido 110 pulsaciones y 40° de temperatura. (*La France médicale*, 6 et 8 Fevrier 1883).

(4) Germain-Sée se olvida de que en la sintomatología de las afecciones encefálicas mas importancia tiene el sitio de la lesión, que la naturaleza de la misma. Así dará lentitud de pulso, toda alteración encefálica ó ex-encefálica que excite los núcleos de origen del pneumogástrico, mientras que no la dará, ni hay motivo ninguno para que la dé, la meningitis granulosa limitada á la convexidad del cerebro, caso poco frecuente, pero que no ha dejado de encontrarse distintas veces.

Dice, además, que cometió con Trousseau un error de este género en un niño que presentaba todos los síntomas de la meningitis tuberculosa menos la lentitud de pulso; este estado duró un mes y el chiquillo curó. Extraño es lo que pasa con la meningitis tuberculosa. Al tratar de ella, los mejores prácticos adoptan raciocinios sofisticados y mal fundados. Así G. Sée dice: «siempre el pulso es lento en la meningitis tuberculosa,» y hay sin embargo casos indubitables que contradicen esta afirmación. Dice además: «todos los casos de curación debieron ser errores de diagnóstico,» sin notar que con esto niega la curabilidad de la afección, porque sí, y no por ninguna otra razón. Este es el modo como se han portado los demás autores que niegan la curabilidad de tan terrible afección; todos dicen á una: «la meningitis tuberculosa no es curable porque los casos de curación son sin duda errores de diagnóstico» y con esto ya quedan satisfechos. Germain-Sée quizás curó una meningitis tuberculosa pero no quiere reconocerlo de ningún modo, porque á pesar de existir todos los demás síntomas faltaba la lentitud de pulso.

Volviendo á las dificultades de diagnóstico de la meningitis tuberculosa, no quiero pasar por alto un caso que acabo de observar. Una señora de mucha edad pasó una larga enfermedad, que aunque parecía un catarro gástrico febril, por su marcha lenta y por lo sostenido de la temperatura, la consideré como una de estas fiebres que *Robert* llama infectivas simples y yo las llamo tifoideas leves. Cuando estaba ya convaleciente cayeron á la vez enfermos tres individuos de su familia, el yerno y dos nietos. Las enfermedades del yerno y la nieta mayor fueron tifoideas graves, mientras que la nieta pequeña, presentó la afección que voy á describir. Empezó por no tomar nada, de modo que habia pasado siete días sin comer ni beber cuando me la presentaron. Sin duda que este estado no habia alarmado mucho á la familia, cuando á pesar de asistir cada día á la casa para cuidar los otros enfermos, habian pasado tanto tiempo sin enseñármela. Era una niña de once meses, muy gorda y hasta entonces sana; no tenia irritadas las encías ni habia indicio alguno que hiciera sospechar la existencia de lombrices. Cuando la examiné, encontré disfagia, á pesar de no estar el cuello irritado, estreñimiento, paresia de los extremos derechos, de modo que nunca los movia, dilatación pupilar; apirexia completa, pulso regular y lento. De tanto en tanto sufría unas crisis laríngeas muy violentas, consistentes en un espasmo que la ahogaba, pues la respiración se hacia ruidosa y forzada. A estas crisis acompañaron luego convulsiones generales, menos violentas en el

lado parésico, y todo terminó por la muerte, á pesar del tratamiento yodurado. ¿Qué fué esto? ¿Fué meningitis simple? ¿Fué meningitis tuberculosa? ¿Fué una fiebre tifoidea de forma cerebral? ¿Fué un accidente reflejo? Muy difícil es decirlo. La meningitis simple va acompañada de elevación de temperatura, es muy rara en los niños, y en el de que hablo no obró causa ninguna que pudiera producirla. Para que fuese meningitis tuberculosa faltaban antecedentes; la familia de la niña era robusta y la enfermedad la sorprendió en el máximo de una excesiva gordura. Difícil era que fuese una pseudomeningitis de origen reflejo, porque no pudo determinarse el punto de partida de tal reflejo. Si hubiese sido una fiebre tifoidea de forma cerebral, hubiera habido elevación de temperatura. Sin embargo, es digno de tenerse muy en cuenta, que esta enfermedad, sin causa conocida, apareció al mismo tiempo que se declaraban dos fiebres tifoideas graves en la misma familia y cuando en la misma habitación había una convaleciente de una afección que yo consideré una tifoidea leve. Por otra parte, casos se conocen de tifoideas sin muy alta temperatura, tifoideas anómalas que son una excepción á la ley de Wunderlich. Conozco hechos de fiebres tifoideas al parecer leves, que han terminado fatalmente por la aparición brusca de graves síntomas cerebrales. Al doctor Esquerdo se le murió una cliente del modo siguiente: padecía ésta de una tifoidea aparentemente levisima; bruscamente en medio de un estado relativamente satisfactorio, se presentaron síntomas bulbares y media hora después la enferma había sucumbido.

Todo esto prueba las dificultades que se encuentran muchas veces para diagnosticar con certeza una meningitis tuberculosa. Por lo tanto, no deben darse por indudables las curaciones que no han ido seguidas en más lejano tiempo por autopsia que haya comprobado la existencia de antiguos tubérculos curados. Pero á pesar de esto hay muchas razones para admitir dicha curabilidad. Estas son: a) *La analogía*. Es indudable que la tuberculosis es curable. b) *La naturaleza del mal*. Como procuraré demostrar después, no siempre la meningitis granulosa es de naturaleza tuberculosa. c) *Los hechos de curación seguidos por autopsia en tiempos posteriores*. En este caso, si se encuentran antiguos tubérculos cretificados ó con transformación fibrosa, no queda duda de que el mal es curable, y entonces es lícito suponer que esta curación puede obtenerse en otros casos en que por lo mismo que han terminado bien, ha faltado la sanción necrósica. d) *Los hechos de curación no seguidos de necropsia*. Estos tienen infinitamente menos valor que los anteriores, pero se imponen

por su gran número. Han sido publicados centenares de casos por buenos observadores. Por una parte, debe tenerse en cuenta que los prácticos, sabiendo que á la narracion de un caso curado de meningitis granulosa se les opondrá una denegacion pura y simple, no dan cuenta de ninguno, á no ser que el diagnóstico parezca indudable. De los casos en que al parecer una meningitis tuberculosa ha sido curada, solo se publican en general los que presentan todos los caracteres de tal, gracias al temor que se tiene de estrellarse en la incredulidad de los prácticos. Por otro lado, si la meningitis tuberculosa no es curable, es preciso suponer que los centenares de casos que de su curacion se han relatado, son otros tantos centenares de errores de diagnóstico, y siguiendo este raciocinio deberíamos admitir, que si tantos errores se cometen en las pseudomeningitis que se curan, muchos más deben cometerse en las que acaban por la muerte, por ser éstas las más frecuentes. Pues bien, de estos errores de diagnóstico, que yo en párrafos anteriores he demostrado que se cometen, pero de los que si aplicamos la deducccion anterior, habríamos de admitir que se cometen frecuentísimamente, no he podido reunir muchos ejemplos, á pesar de los innumerables periódicos que he registrado. Debo, pues, admitir que son raros, ya que no es posible aceptar que curiosos como son, los autores hayan dejado de publicarlos.

A. *Es indudable que la tuberculosis es curable.* Ya procuraré demostrar esto más adelante.

B. *La meningitis granulosa no siempre es de naturaleza tuberculosa.* Reservo tambien para más allá la discusion de este punto.

C. *Hechos de curacion seguidos por autopsia en tiempos posteriores.* Wunderlich y Hahn han hallado tubérculos endurecidos en la pia madre de individuos que habian curado de meningitis tuberculosa. Rilliet y Barthez refieren hechos análogos. En particular Rilliet cita la curacion de uno de sus enfermos. Su historia está referida con tal precision y tal abundancia de detalles, que la posibilidad de un error de diagnóstico no puede admitirse. Además, para que no quedase ninguna duda, el enfermo murió cinco años más tarde con los mismos síntomas. En la autopsia fué fácil distinguir los productos del último ataque de la enfermedad, de la antigua lesion tuberculosa aun reconocible en la base. Leudet ha referido un caso de curacion en un adulto afecto de meningitis tuberculosa; ocho años despues, la muerte sobrevino por afeccion pulmonar, y en la autopsia se encontraron en las meninges las lesiones de la enfermedad primitiva. (Congreso de la Rochela, sesion del 26 de Agosto de 1882.) Trous-

eau dice en su *Clinique médicale*, que ha observado dos curaciones. En uno de los dos casos la afección aguda curó, pero dejó como consecuencia una parálisis, y el enfermo sucumbió cinco meses después, atacado de una disentería. En la necropsia se encontraron señales evidentes de la antigua afección cerebral. El otro caso lo observó en compañía del Dr. Blache.

D. Hechos de curación no seguidos de necropsia. Opinión de distintos autores sobre la curabilidad de la meningitis tuberculosa.

Ante todo, á fuer de escritor imparcial, citaré los principales autores que han negado la curabilidad de la afección de que trato.

Camper llamaba á la meningitis tuberculosa, *inmedicabile vitium*. Hammond no ha visto curar ninguna, y se inclina á creer que en los casos de curación ha habido error de diagnóstico. Roger dice que las pretendidas meningitis tuberculosas curadas no eran tales, sino tan solo pseudomeningitis tifoideas y meningitis no tuberculosas. Gerharht, Piet, Constant y Becquerel no han visto curar ninguna meningitis tuberculosa, y no se inclinan mucho á aceptar su curabilidad. Saint-Philippe duda de que se haya obtenido ninguna curación. Flint nos dice que la única esperanza de curación debemos buscarla en un error de diagnóstico. Dance y Valleix han visto constantemente la terminación por la muerte. Lee, Day y Lederer niegan que jamás haya sido curada una verdadera meningitis tuberculosa. Debemos tener presente que el amor propio y la rutina, tradición é ideas preconcebidas entran por mucho en las opiniones de los prácticos sobre estas materias. Muchos autores niegan la curabilidad de la meningitis tuberculosa, porque en el corto ó largo número de casos que han observado no han podido curar ninguna. Sin embargo, todos aceptan la curabilidad de la tisis pulmonar, y á pesar de esto, contentos estarían si hubiesen podido curar algunas á pesar de presentárseles más frecuentemente que la meningitis tuberculosa. Otros apreciables escritores niegan la curabilidad de ésta, porque así lo han oído decir siempre, y como lo han oído, lo han repetido, sin hacer más profundas investigaciones sobre la materia. Algunos dicen que no puede curarse, porque del conocimiento de la naturaleza de dicho mal, han deducido teóricamente que no era posible su curación. Debo ser franco. Si bien no acepto la incurabilidad absoluta de la meningitis tuberculosa, creo que la muerte es su terminación infinitamente más frecuente. Creo que puede curarse, pero considero á la curación como una cosa muy excepcional. Al lado de los millones de niños que en el siglo

actual han muerto de meningitis tuberculosa, los dos ó tres centenares de curaciones que se han referido no modifican sensiblemente el pronóstico; puede continuarse considerándole mortal. Si me interesa y me alegra la comprobación de la curabilidad de la meningitis granulosa, no es tanto por la utilidad actual de este dato, como porque es una esperanza para el porvenir, un aliciente para que los prácticos no desmayen en el ataque de tan funesta dolencia, y un indicio de la dirección que en adelante debe darse al tratamiento para hacer su curación mucho más frecuente.

El número de curaciones de meningitis tuberculosas que se han referido, es demasiado elevado, para que sea posible admitir que en tan grande cantidad de hechos haya habido error de diagnóstico. Aquí cito unas cuantas de dichas curaciones. Debo advertir, que en la parte en que hablo de la utilidad del yoduro potásico en la meningitis tuberculosa, refiero un gran número de casos de curación, que aquí, por no caer en repeticiones, me abstengo de citar.

Vogel, que no ha podido curar más que un solo caso, confiesa que en los anales de la ciencia se consignan casos de curación, cuya autenticidad está garantida por autoridades de primer orden. Cliford-Albutt cree que la curación de la meningitis tuberculosa no es rara, aunque se debe confesar que no todas las observaciones que cita son de diagnóstico indudable. West ha observado casos de curación, casi siempre durante los síntomas premonitorios del derrame en el cerebro. Una sola vez vió á la curación sobrevenir después de la aparición de los síntomas que señalan el segundo período, y en otro caso notó con sorpresa, según dice, ceder la enfermedad después de la aparición de las convulsiones, seguidas de coma. Guersant observó una curación, pero, como otros tantos autores, por el mero hecho de haber obtenido ésta, dudó de que hubiese acertado el diagnóstico. Hahn de Aix-la-Chapelle, pretende haber salvado una docena de niños entre todos los que ha tratado de esta enfermedad, y de estas observaciones hay una seguida de autopsia, lo que hace el diagnóstico indudable. Los ha curado con el tártaro estibiado (Hanh, *Des onctions stibiées à haute dose sur le cuir chevelu dans la méningite tuberculeuse Bull. thér.*, Juillet, 1849.) Kunze admite la curabilidad de la misma enfermedad por cretificación de los tubérculos. Meiggs y Pepper han visto un ejemplo de curación de tuberculosis de las meninges, pero ninguno de verdadera meningitis tuberculosa. Grasset acepta la curabilidad, aunque con alguna reserva. Lancereaux admite la curación de la meningitis granulosa, aunque como casi todo el mundo, la cree excepcional. Así dice en su *Anat.*

path., tomo II, pág. 441: «la retrocesion de este desórden anatómico es rara, casi diríamos excepcional. En algunos casos, cuando es parcial, limitada á una pequeña extension de la base ó á uno de los lados del encéfalo, las granulaciones tuberculosas se vuelven caseosas, se infiltran de sales calcáreas, en una palabra, se detienen en su evolucion ascendente; lo que constituye una especie de curacion semejante á la que se observa tan á menudo en el vértice de los pulmones tuberculosos.»

Rilliet y Barthez han obtenido 10 curaciones en unos 100 casos de meningitis tuberculosa incontestable. Rilliet (*De la guérison de la méningite tuberculeuse* (*Arch. gén. de méd.* 5.^a série, t. II, página 641, 1855) refiere tres observaciones indudables de curacion. En los dos primeros los accidentes eran aun los del primer período; en el tercero, estaban muy claramente acusados y caracterizaban el segundo período; sin embargo, el chiquillo curó. Rilliet termina la memoria citada, formulando del modo siguiente las leyes de la curabilidad de la meningitis granulosa: «1.^o La meningitis sigue la ley de todas las afecciones tuberculosas, es decir, que ella es, lo más á menudo, mortal. 2.^o Una vez reconocida la suma gravedad de la afeccion, debe hacer considerar como apócrifos la mayor parte de ejemplos de curacion publicados por los autores. 3.^o Existen, sin embargo, en la ciencia ejemplos incontestables de desaparicion completa de los síntomas de la meningitis. 4.^o En estos casos la curacion tiene lugar durante el primer período ó en la mitad del segundo, del séptimo al décimo quinto dia de la enfermedad. 5.^o Es imposible determinar los signos que pueden, desde el comienzo de la afeccion hacer prever la terminacion fatal de la misma. 6.^o Que á un período más avanzado la remision de todos los síntomas no tiene un grande valor pronóstico, porque se observa á menudo una mejoría, á veces muy pronunciada, pero falsa, en la meningitis mortal. 7.^o Que en casos, excesivamente, raros, puede ser obtenido el retorno á la salud en el curso del tercer período despues de muchas semanas de enfermedad.»

Siguen á estas conclusiones, otras en que se afirma que la curacion puede durar muchos años, que puede ser completa en apariencia, que la desaparicion de los síntomas no indica la desaparicion de las lesiones, que los niños curados de meningitis están siempre más ó menos expuestos á una recidiva porque la lesion persiste *in loco* y porque la diátesis no está extinguida; que la recidiva, en general, no tiene lugar en la proximidad del restablecimiento, pues tarda, en general, de 1 año á 5 años y medio.

Dujardin-Beaumetz (1) ha relatado un caso de curacion de meningitis granulosa.

Dicho autor se expresa así en sus *Leçons de clinique thérapeutique*, tomo III, pág. 230: «Debemos preguntarnos si estas lesiones son curables y compatibles con la vida, porque esta curabilidad de la tuberculosis es el punto capital de la cuestión que estoy tratando delante de vosotros.

»Negada por los unos, afirmada por los otros, esta cuestión de la curacion posible de la meningitis tuberculosa ha sido objeto de muchas discusiones. Se comprende, en efecto, la dificultad de semejante problema, porque la meningitis aguda puramente inflamatoria es idéntica en sus manifestaciones agudas á la meningitis tuberculosa, y no difiere de ella más que por el punto de partida de la flegmasía. Añadamos á esto, que se observan, á veces, fenómenos convulsivos de naturaleza refleja, que pueden simular los fenómenos meningíticos. Como todos estos síntomas son curables, se comprende muy bien que se haya pretendido que cuando la curacion tenia lugar, se tratase, no de verdaderas meningitis tuberculosas, sino de afecciones que la simulaban.

»Actualmente, esta cuestión está definitivamente resuelta, y los hechos de Archambault, de Roger, de Blache, de Bonamy, etc., permiten afirmar que la evolucion tuberculosa y los accidentes flegmáticos que desenvuelve pueden detenerse en su marcha. ¿Pero, me diréis, qué prueba nos dais de vuestro aserto? Estas pruebas son de dos órdenes, las unas son debidas á la anatomía patológica misma, las otras al exámen cerebrosκόpico.

»En cuanto á las primeras tenemos los hechos señalados por Roger, en que vemos al niño, curado de un primer ataque, sucumbir meses ó años más tarde á un nuevo ataque, y la autopsia mostrarnos las huellas de la flegmasía antigua y las lesiones de la reciente. En cuanto á las segundas, conocéis todos la importancia de los trabajos de Bouchut bajo el punto de vista del exámen oftalmoscópico en los casos de meningitis. Este exámen nos permite hacer, en ciertos casos, una autopsia anticipada mostrándonos en el fondo del ojo la presencia de granulaciones tuberculosas; de tal modo que, si un individuo afecto de meningitis presenta granulaciones oculares, teneis el derecho de afirmar la naturaleza de la inflamacion meníngea, y si la curacion sobreviene en tal caso, la

(1) Dujardin-Beaumetz, *Méningite tuberculeuse, arrêt dans la marche de la maladie; guérison des symptômes. Bull. et mém. Soc. méd. d. hôp., de Paris, 1879, 25. XV., p. 285, et Union médicale. Paris, 1879, 35. XXVII, p. 469.*

conclusion se impondrá por ella misma. Esto es lo que me ha sucedido en un enfermo de esta visita, cuya historia he comunicado á la Sociedad de los Hospitales en 1878.

»Se trataba de un hombre de veinte y tres años, que ocupaba la cama número 21 de nuestra sala de San Lázaro; ofreció todos los síntomas de la meningitis tuberculosa, y si se añade que su padre, un rematado borracho, habia muerto tísico; que su madre, diabética, sucumbió á la misma afeccion, y que en fin, el exámen del fondo del ojo hecho por el Dr. Meyer, de quien ya conoceis la mucha competencia en tales investigaciones, permitió reconocer la existencia de una neuroretinitis y de tubérculos en la coroides, comprendereis fácilmente que mi diagnóstico estaba apoyado en sólidas bases. Pues bien, este hombre curó perfectamente, y no se trató de una remision de corta duracion, porque cuatro meses despues recibí una carta en que se hablaba de su buen estado de salud. No sé despues qué ha sido de él.

»Por otra parte, señores, ¿por qué la tuberculosis de las meninges ha de seguir una marcha distinta del proceso tuberculoso de las otras serosas? ¿No vemos pleuresías tuberculosas curar, y los notables trabajos de Grancher no nos han mostrado estas dos tendencias tan claras de la evolucion de la granulacion tuberculosa, una hácia la curacion espontánea de la enfermedad, la otra hácia su desarrollo é invasion progresiva? Así, pues, señores, no es dudoso, ni por un solo instante, que la evolucion tuberculosa de las meninges, hasta complicada de accidentes inflamatorios, puede detenerse en su marcha, y es esta idea consoladora que debe dirigir todos vuestros esfuerzos en la terapéutica de esta grave afeccion.»

He traducido tan largo trozo de la notable obra de Dujardin-Beaumetz, porque las ideas en ella expuestas concuerdan en todo con las de mis artículos, publicados en la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, artículos que vieron la luz antes que el citado escrito de Dujardin-Beaumetz.

Went, Henke y Meissner aceptan la curacion de la fiebre cerebral.

Truy, de Marsella, ha señalado casos de curacion de meningitis por el cauterio actual. Béllangé (1), de Senlis, ha referido el caso de un niño de tres años, afecto de meningitis, quien fué curado con la aplicacion de un cauterio de potasa

(1) Béllangé. *Un mot sur la méningite des enfants et sur son traitement au moyen d'un cautère, placé sur le sommet de la tête.* (Bull. de thé. 1838, t. IXV, p. 181.)

cáustica en el vértice de la cabeza. Valentin, de Nancy, ha relatado algunos hechos de curacion en su *Traité de l'ustion du crane*.

Giscaro (1), Fourcart (2), Blasi (3), Learen (4), Blache (5), Green, Formey, Cheyne, Abercrombie, Kæser, Charpentier, Rousseau, Rufz, Parent y Martinet, han referido ejemplos de meningitis tuberculosas curadas. Lo mismo debo decir de Rinteln. (*Meningitis tuberculosa seguida de curacion. Berli. Kli Wochens*, n.º 21, p. 387, 27 Mayo 1875.) Voillez vió curar de esta afeccion á una niña de 13 años, la que murió algunos años despues de tisis; Musgrave-Clay refiere un caso en el que se encontraba el cuadro clínico completo de la meningitis; los accidentes se prolongaron más de un mes; cuando ménos se esperaba, el niño curó. Porque terminó felizmente, por esta única razon, el autor no lo considera meningitis tuberculosa; prefiere aceptar que equivocó el diagnóstico. Vovard, (*Traitement de la méningite des enfans par des applications d'huile de croton tiglium sur le cuir chevelu. Revue de therap.* 24 Septembre 1882), relató 11 casos en el Congreso de la Rochela, y en la discusion que provocó, sostuvo que todos los hechos referidos por él estaban al abrigo de todo error de diagnóstico; habiendo sido confirmado este último muy á menudo por ilustrados colegas llamados en consulta. Archambault. (Art. *Méninges (Pathol. des) Dict. encyclo. des scien. méd.*) dice, que aunque la muerte es la regla, hay en esta enfermedad como en todos los casos excepciones auténticas, y acepta como tales los tres casos de Rilliet, que segun él no dejan lugar á dudas. Añade más allá, que del exámen imparcial de los hechos publicados no se puede negar que algunos enfermos de la afeccion de que hablo, han escapado á la muerte. Heim y Cœlis se glorian de haber obtenido el 30 y el 40 por 100 de curaciones. No hay duda que estos autores exageran excesivamente, y sospecho que tocan los lindes de la mala fé. En esta materia, como en muchas otras, quien prueba demasiado, prueba en contra de lo que defiende.

(1) Giscaro. *Observation de meningite tuberculeuse; guérison apparente; rechute dix jours après; guérison définitive.* (*Revue méd. de Toulouse*, 1879, I. XIII, p. 37.)

(2) *Méningite probablement tuberculeuse guérie.* (*Franc. méd.* París, 1879, LII p. 681.)

(3) Blasi, *Caso de meningitis tuberculosa en el segundo periodo; curacion.* (*Giornale veneto*, (1864; Cants. J. B. D. III, p. 25, 1864.)

(4) Leared, *Curacion de una afeccion cerebral, segun toda apariencia una meningitis tuberculosa por preparaciones de iodo.* (*Med. Times*, 3 Enero. 1864.)

(5) Blache, *Méningite tuberculeuse; guérison* (*Tribune médicale*, 26 Janvier 1875.)

Bouchut acepta la curabilidad en el primer período y en el principio del segundo, concediendo grande influencia en esto al tratamiento. Dice que ha curado ocho casos en el primer período. (*Enfermedades de los recién nacidos*, 2.^a edición española, p. 226). Añade que se conocen algunos ejemplos de la curación de la meningitis granulosa en un tercer período, existiendo convulsiones y parálisis; pero aunque estos casos sean raros, pretende haber observado algunos. En 1854, vió en Passy con el Dr. Frebaul á un niño de 4 años, enfermo hacia quince días. Estaba sin conocimiento, con estrabismo; convulsiones, parálisis y fiebre; tuvieron la suerte de curarlo con vejigatorios en el cráneo y opio á altas dosis. Rau pretende haber curado dos casos avanzados con el uso del sublimado corrosivo. Weisse, en quince casos ha logrado, con el mismo medicamento, la curación de cuatro, en los que toda esperanza estaba ya perdida.

Niemeyer, dice, que es indudable que se han observado realmente casos de curación, aun dejando á un lado aquellos hechos en que existan dudas sobre el diagnóstico (*Patología inter.*, 1.^a edición española, t. III, p. 348). Luton (*La granulie et l'extrait de feuilles de noyer. Bull. gén. de thérap.* 15 Mars. 1876. p. 193), toca muy bien la cuestión de la curabilidad de la meningitis tuberculosa, aunque tomándola bajo un punto de vista más general. Dice de este modo: «Hechos ciertos, con diagnóstico bien comprobado nos permiten preconizar á las preparaciones de hojas de nogal, como un medio muy eficaz contra la afección denominada *granulie*, sea la que se quiera su localización; pero sobre todo en su forma más precoz y más difusa. No ignoro lo muy discutible que es semejante afirmación. Las objeciones se presentarán contra mi aserto, en masa y ardientes; pero todas, en suma, se reducirán á esta:—*Los casos que habeis creído curar, como siendo de la naturaleza de la granulie, y por medio de las hojas de nogal, eran tan solo simples fiebres continuas con determinación torácica, abdominal, cerebral, etc., y no pasando de los límites de la congestión y del catarro.*—El sistema que se nos opone es demasiado fácil, para que desde el primer momento no lo hayamos tenido en cuenta. Así es, que solo despues de un grande retardo y despues de haber recogido muy notables observaciones, nos hemos decidido á publicar nuestros resultados, persuadidos, además, de que un más largo silencio sería culpable bajo el doble punto de vista de la ciencia y de la humanidad... A pesar de estas dificultades, tenemos la convicción de haber prevenido ó dominado verdaderas meningitis tuberculosas, y esto, gracias al medio que indicamos, (el extracto de hojas de nogal.)»

Meslier (*Sur le traitement de la granulie meningée par l'extract de noyer. Bull. gén. de thér.* 15 Mai, 1876) combate las anteriores ideas de Luton, diciendo que éste no ha curado ninguna meningitis tuberculosa. Como todos los autores que sostienen ideas semejantes, niega las curaciones de Luton, partiendo del punto de vista preconcebido, de que la meningitis granulosa no es curable. En apoyo de sus palabras narra un solo hecho que terminó fatalmente. Pero, á mi ver, en una afeccion tan mortífera, un solo caso de terminacion funesta no significa nada, mientras que un caso de curacion, bien comprobado, tiene un valor inmenso. Por esto no concedo ningun valor á la observacion de Meslier, quien hubiera demostrado más acierto dejándola inédita.

Luton, contestando á Meslier (*Sur trois cas de granulie guéris par l' extract de feuilles de noyer. Bull. génér. de thér.* 15 Juil. 1876, p. 26) refiere tres hechos de granulia, cuyas observaciones le han sido remitidas por Duboué, de Pau. El primer caso era de granulia de forma abdominal. El segundo es denominado por Duboué, *meningitis tuberculosa confirmada*. Se trata de un niño de 4 años, que seis meses atrás habia perdido á una hermana de meningitis granulosa, observada por el mismo Duboué. La curacion se obtuvo con el uso de las hojas de nogal. El tercer caso es tambien de meningitis tuberculosa; pero el mismo observador, aunque cree que fué tal, se guarda muy bien de asegurar la exactitud del diagnóstico.

Boiffin (1) ha relatado un caso de curacion. Herz ha observado la curacion de una meningitis basilar, á la que por la simple razon de que terminó felizmente, no la considera tuberculosa (2). Douglas Powell (3) relata un caso de un muchacho de 13 años, al que en el curso de una afeccion pulmonar, probablemente tuberculosa, sobrevinieron alteraciones cerebrales, entre otras, ptosis, síntomas, al parecer, de una meningitis tuberculosa; con el empleo de los mercuriales y del yoduro potásico, el niño curó del todo. Despues de haber referido el hecho, y de haber rechazado, al fin de un largo exámen, todos los diagnósticos que no fuesen el de tuberculosis, se pregunta el autor, lo siguiente: «¿Debo creer que por haber terminado felizmente el caso, no se trataba de lesiones tuberculosas?» A lo que contesta: «no creo que la

(1) *Méningite tuberculeuse guérie. (Journal de méd. de l' Ouest. Avril, 1882.)*

(2) *Un caso di meningite basilare con esito di guarigione. (Gaz. delle cliniche. 1 Agosto, de 1882, tomado del Archi. f. Kinderheil.)*

(3) Powell, *Clinical Remarks on a case of ptosis with pulmonary disease of tubercular origin. (The Lancet, May, 6. 1882, p. 723.)*

curacion rechace la existencia de éstas. Un considerable número de necropsias me han convencido de que el tubérculo miliar *per se* no es un producto muy sério.» Da en seguida las razones en que funda esta opinion, y más allá añade: «la meningitis tuberculosa es muy grave y casi siempre termina fatalmente, pero no por esto debe considerársela como constantemente refractaria á un enérgico tratamiento.»

Octavio Sturges (1) decia en el año pasado, «que los chicos que padecen de meningitis tuberculosa pueden curar, si bien que los *más tuberculosos* (*the mots tubercular*) mueren inevitablemente.» Más lejos añade: «que ni siempre que hay meningitis tuberculosa la muerte sobreviene forzosamente, ni la existencia de tal afeccion implica la existencia de granulaciones tuberculosas.»

Discutiendo una memoria leida por Day, ante la *Medical Society of London* (2), en 4 de Abril de 1881, Mackensie asegura que ha curado unos pocos casos de no dudosa meningitis tuberculosa. El yoduro potásico y el mercurio fueron los remedios empleados. Jorge Garlick (3) ha estudiado un centenar de casos de meningitis tuberculosa, cuyo diagnóstico fué certificado por la autopsia, y en ochenta de ellos ha encontrado alteraciones características de la papila óptica. Digo esto, para que se vea que las observaciones de tan excelente clínico han de tener un gran valor, por haber sido hechas en gran número de casos. Pues bien, Garlick, dice que *resulta de algunas observaciones no dudosas*, que la meningitis tuberculosa es susceptible de curacion.» Entre los casos de curacion más ó menos cierta puedo citar uno de R. Wharry (4), otro de Fleischmann (5) y otro de Barth (6). Lewis-Smith dice, que es posible la curacion en el primer periodo. Hartshorne, si bien cree que toda curacion que se refiere, no se funda más que en un error de diagnóstico, sin embargo, no deja de referir un caso con todos, absolutamente todos, los síntomas de una meningitis tuberculosa, y que sin embargo, curó. Ron-

(1) Octavius Sturges, *Clinical Lecture on the curability of tuberculosis.* (*The Lancet*, Septiembre, 16, 1882, p. 423).

(2) Day, *On tubercular meningitis and the Mode of Treatment.* (*The Lancet*, April, 16, 1881, p. 620.)

(3) Garlick. «Observaciones sobre los datos oftalmoscópicos en la meningitis tuberculosa de los niños.» (*British Med Jour.* Junio 1879.)

(4) R. Wharry. «Meningitis quizás tuberculosa; curacion lenta; rebaja de la temperatura febril bajo la influencia del ácido salicílico.» (*Bartholom. hosp. Reports* XII p. 267, 1876.)

(5) Fleischmann. Meningitis basilar; curacion. (*Jarb. f. Kinderh.* VI p. 404, 1874.)

(6) Barth. «Meningite peut-être tuberculeuse; guérison.» (*France médicale* p. 241, 1877.)

quillo relata un caso en la *Independencia médica*. (11 de Noviembre de 1883) en que se trataba de meningitis tuberculosa, ó cuando menos de meningitis en una tuberculosa, y con todo, la paciente curó de todo y del todo. Biedert, hombre de gran autoridad en la materia, refiere un caso de curacion de un niño de nueve años (1). Herz refiere un caso con terminacion favorable en un niño de tres años, si bien que no encontrando antecedentes de tuberculosis ni en el enfermo ni en la familia, diagnosticó una «*meningitis basilar no tuberculosa con hidrocefalo*» (2).

2.º *No tiene nada de extraño que la meningitis granulosa sea curable, porque probablemente es muchas veces más bien escrofulosa que tuberculosa.*

Desde que Guersant sospechó que la hidrocefalia aguda era una afeccion tuberculosa (idea que si bien con ménos fortuna habian ya tenido autores más antiguos, entre otros Willis y Bichat), esta idea ha sido generalmente aceptada. La fórmula de Guersant, que decia: «que los que sucumben de esta afeccion son tísicos que mueren por el cerebro,» ha sido repetida por casi todos los autores. Ruzf y Papavoine (3), demostraron la existencia de granulaciones tuberculosas en las meninges de los que habian muerto de fiebre cerebral, con lo que dieron razon á su ilustre maestro. Desde entonces infinidad de autores, casi todos, han admitido que la meningitis basilar vulgar era una manifestacion de la tuberculosis. Es innumerable el número de los que tal cosa han creido, de entre los que puedo citar á los autores siguientes: Vogel, Gerarhdt, West, Laveran y Teissier, Dieulafoy, Kunze, Grisolle, Trousseau, Lancereaux, Valleix, Bastian, Breen, Martin, Hammond, Rilliet y Barthez, Barrier, Meigs y Pepper, Grasset, Laboulbène, Constant y Fabre, Lediverder, Legendre, Surmay, Quinquaud, Archambault, Rendu, Hahn, Piet, Magnan, Séitz, Kaposi, Becquerel, Lebert, Hérard y Cornil, Le Bouteillier, Bierbaum, Peter, Mills, Warner, Capozzi, Dubar, Gaucher, Talamon, Hutchinson, Smith, Finlayson, Dreyfous, Giscaro, Henoch, Michelacci, Tachard, G. Sée, Earle, Garlik, Lubbock, Foucart, Bauer, Viard, Giuganino, Raymond, Wokeler, Saenger, Turin, Jacoud y Labadie-Lagrave, Green, Audiffred, Guttmann, Solari, Béchet, Pivent, Savouret, Bang, Hessert, Bergerhof,

(1) Biedert. *Meningitis tuberculosa cured*. (Report of the Hagenau Hospital, 1883.)

(2) Herz. *Caso de meningitis basilar curada*. (Archi f. Kinder Heilkunde B. III, H 5. 6.)

(3) A Papavoine pertenece la prioridad. (*Jour. hebdom.*, 1630). Volumen VI, pág. 113.)

Ferrand, Lebon, Moore, Oppolzer, Traube, Wilks, Blasi, Leared, Prohuét, Virchow, Sergin, Church, Liouville, Hayem, Albertoni, Landouzy, Hervey, Guillaunet, Mac-Swiney, Troisier, Aufrecht, Hutinel, Letulle, Schuch, Seymour, Woods, Waldenshon, Blache, Bertalot, Southey, Rinteln, Hughlings-Jackson, Greffier, Jules Simon, Musgrave-Clay, Schiweninger, Demongeot de Confevron, Galliard, Corazza, Coignet, Stedæus, Bodffin, W. Julius Mickle, Debove, Mahé, Dauforth, Gélineau, Rowbothem, Galliaux, Mucci, Imbriaco, Erb, Köhler, Scheltze, Leyden, Day, Mackensie, Birom-Bramvell, etc., etc.

Sin embargo, tan grande número de autores no prueba tanto en favor de la naturaleza constantemente tuberculosa de la meningitis granulosa como á primera vista puede creerse, porque la mayor parte han repetido lo que han oido decir, sin hacer en esta materia nuevas investigaciones. Desde Ruftz y Papavoine, han aceptado todas las ideas de estos autores, sin pensar casi nunca en comprobarlas. Han encontrado la explicacion satisfactoria, y sobre ella se han dormido tranquilamente. Si algun espíritu reformador no levanta la voz en contra de estas opiniones, fácil será que se repitan durante largo tiempo por los autores del porvenir.

Algunos se han declarado en contra de estas ideas. Empis, consideraba á las granulaciones de la meningitis como productos fibro-plásticos distintos del tubérculo, pero ya es sabido que la granulacion de Empis, es considerada, por la mayoria, como el tubérculo tipo. Del trabajo de dicho autor, solo han quedado en pié sus magnificas descripciones clinicas (Empis, *De la granulie*).—Bouchut no cree que las granulaciones que se hallan en las meninges sean verdaderamente tubérculos. Robin sostiene opiniones análogas á los anteriores autores. Por esto, estos dos últimos, á la meningitis de que trato, la denominan *granulosa*, término que no prejuzga nada sobre la naturaleza del mal. Volviendo á las ideas de Bouchut, debo advertir que dicho autor unas veces admite que solo es tejido fibroplástico el que constituye la granulacion, mientras que á veces es tuberculosa, siendo la sintomatología, la evolucion y la gravedad igual, cosa esta última que Archambault encuentra difícil de admitir, y que yo no hallo tan falta de fundamento, si se tiene en cuenta el punto donde se desarrolla la enfermedad. Acepta tambien Bouchut, que las granulaciones meníngicas fibro-plásticas pueden convertirse en verdaderos tubérculos.

Gintrac (*Cours théori. et clini. de pathol.*, t. ix), adopta la

opinion de Bouchut y Empis, ó poco falta para ello; pero reconoce perfectamente que las *granulaciones* tienen estrechas relaciones con la diátesis tuberculosa. Por lo tanto, «prefiere el nombre de *meningitis granulosa* al de *meningitis tuberculosa*, porque esta meningitis ofrece siempre granulaciones, y las granulaciones no son siempre tubérculos, aunque lo sean en ciertos casos.»

Vovard, de Burdeos, para explicar en 30 casos las 11 curaciones, que cree haber obtenido, dice que la meningitis de los niños en lugar de depender de la presencia de tubérculos en las meninges, es muchas veces una manifestación escrofulosa. (*Gaz. hebd. de París*, de 1882, p. 594). —Así, según él hay meningitis granulosas, debidas á un proceso estrumoso, que son las en mayor número, y además, hay meningitis verdaderamente tuberculosas; las primeras son curables bastante á menudo, gracias á un tratamiento enérgico, y las últimas quizás son siempre incurables (1). Bazin considera á la meningitis tuberculosa, en la mayoría de casos, como una manifestación de la escrófula por él llamada cuaternaria. A dicha meningitis la denomina «meningitis escrofulosa.» (*Leçons sur le scrofule*). Milcent consideraba á la meningitis de que trata como una manifestación de la escrófula grave. (*Le la scrofule*, Thèse de París, 1846).

Según Grancher (Art. *Scrofule* in *Dict. encyclo. des sciences méd.*), la meningitis tuberculosa es muchas veces una manifestación de la escrófula cuaternaria, aunque verdaderamente tuberculosa.

Brissaud (Art. *Scrofule. Nouveau Dictionnaire de med. et chir. prat.* 1882), aunque niega que la meningitis tuberculosa dependa exclusivamente de la escrófula, acepta que las lesiones en aquella enfermedad son de las que se observan en la última.

Luton, que pretende curar la granulia con el extracto de nogal, cree que esta afección en todas sus manifestaciones, entre ellas la meningitis granulosa, es una genuina manifestación de la escrófula. (*Estudios de terapéutica general y especial*, traducidos al español por Sitjar, pág. 403.)

Rilliet y Barthez (*Enfermedades de los niños*, 2.^a edición, tomo III, pág. 156), aseguran que West en su *Tratado de enfermedades de los niños*, dice que á la meningitis, de que trata, le convendría mejor el nombre de meningitis escrofulosa.

(1) Vovard. *Traitement de la méningite des enfants*. (*Quinzaine médicale*, 1 Décembre 1882. 1 Mars 1883, et. suivants.) Esta Memoria ha sido publicada aparte en Burdeos. (Folleto en 8.^o de 54 páginas.)

losa. Yo he buscado inútilmente en la edicion de West, que poseo, el pasaje citado por dichos autores.

Cuando Ruz y Papavoine demostraron la existencia de granulaciones en las meninges de los que morian de hidrocefalia aguda, no se conocia aún ó no se conocia bastante, la forma tuberculosa de varias afecciones escrofulosas; todo tubérculo era entonces incluido dentro de la tuberculosis. Por esto, los tubérculos meníngeos fueron á parar indefectiblemente al cuadro de esta diátesis. Conforme esta explicacion con las ideas de la época, y encontrándola bastante cómoda, los autores de entonces la adoptaron inmediatamente. Los unos han ido trasmitiéndola á los otros, y así ha seguido hasta nuestros dias. Las ideas han ido variando; se ha aceptado el tubérculo escrofuloso, pero como casi nadie ha venido á dudar de la naturaleza tuberculosa de la granulacion de la meningitis, nadie tampoco se ha cuidado de demostrarla. Es que no han notado que con el cambio de los tiempos se hacia precisa esta demostracion. Cuando el consenso comun acepta una cosa, los autores, en general, no racionan sobre la misma; se limitan á copiarse unos á otros. En lo que á la meningitis granulosa se refiere se han dormido sobre las antiguas ideas, y ha hecho más profunda esta apatía la circunstancia de que en realidad, segun creo, la meningitis granulosa es muchas veces tuberculosa. Mas no se trata de saber si es á veces de este carácter; lo que importa determinar es si lo es siempre. Por eso vengo y digo á los modernos: «¿Qué prueba me dais de que los tubérculos y la meningitis granulosa sean siempre tuberculosos?» Por mi parte empezaré por decir que no hay ninguna, y voy á intentar la demostracion de ella.

Importa mucho saber si el escrofulismo es la misma enfermedad que la tuberculosis ó es otra enfermedad esencialmente distinta. No quiero decidirme en este punto, porque no he venido á hacer un estudio de la tuberculosis; por esto discutiré la cuestion, mirándola primero bajo el punto de vista de cada una de estas dos hipótesis, y luego aduciendo los argumentos aplicables á ambas.

1.^a *Hipótesis.* La *escrófula* y la *tuberculosis* no son más que variedades ó grados de una misma enfermedad. En este caso nos vemos obligados á aceptar una gradacion entre el simple linfatismo y la tuberculosis clásica. Entre estos extremos estarian colocadas una infinidad de formas intermedias. No habiendo distincion radical entre la escrófula y la tuberculosis, no siendo más que formas ó grados de un mismo mal, siendo tales nombres expresion de conceptos relativos ¿quién me sabrá decir en cuál de estas formas in-

termedias comienza la tuberculosis, en cuál acaba el escrofulismo (1). De ahí que algunas meningitis granulosas pudieran incluirse dentro de la escrófula tan legalmente como las otras dentro de la tuberculosis.

2.^a *Hipótesis.* La *escrófula* y la *tuberculosis* son *afecciones esencialmente distintas*. Ambas pueden dar lugar á *tubérculos*, y pues no hay carácter distintivo (2), alguno entre ellos, nadie podrá decir si dependen de la una ó de la otra (3).

(1) Sturges, al parecer, admite una gradacion por el estilo en la meningitis tuberculosa, pues refiriéndose á niños que padezcan de esta enfermedad, dice lo siguiente: «Un cierto número *los más tuberculoss*, mueren inevitablemente; los otros pueden morir ó no.» (*France médicale*, 1882, t. II, página 591.)

(2) Cornil y Grancher aseguran que entre el verdadero tubérculo y el escrofuloso no hay diferencia alguna histológicamente considerados, y que solo la marcha clínica del mal era lo que podría ilustrar sobre su naturaleza.

Los caracteres distintivos que algunos han pretendido sacar de las células gigantes, son falsos; ni siempre hay *riesenzellen* en el tubérculo verdadero, ni siempre deja de hallarse en el escrofuloma, v. gr., en los tubérculos del lúpulo escrofuloso.

(3) Lo que yo pretendo hacer con la meningitis se ha hecho no hace muchos años con las artritis, pero en sentido inverso. ¡Extraño fenómeno! las inflamaciones granulosas de la serosa articular, habian sido consideradas como escrofulosas por los autores, mientras que iguales lesiones en las meninges eran juzgadas, por los mismos, como de naturaleza tuberculosa. No notaban que ambas afecciones se presentaban con la misma forma anatómica, con la misma gravedad (dejando aparte la importancia del órgano afecto), en la misma clase de individuos y bajo la influencia de idénticas causas. Pues bien, ¿qué razon habia para considerar las flegmasias granulosas de las sinoviales cómo constantemente escrofulosas, y á sus congéneres las de las meninges como constantemente tuberculosas? Algunos autores notaron este error y se apresuraron á demostrar que existia la verdadera artritis tuberculosa. Cornil ha publicado de ello un caso muy demostrativo (*Archives de Physiologie*, 1878, pág. 325). En 1875, J. Roux sostuvo una tésis en París «sobre la artritis tuberculosa,» en que concluye «que existe entre los tumores blancos una variedad *verdaderamente tuberculosa*.» A. Laveran ha publicado en 1876 (*Progrès médical*, 1876, pág. 727), un caso de *tuberculosis aguda de las sinoviales*. Hoy están perfectamente admitidos por casi todos, dos clases de tumores blancos, unos verdaderamente tuberculosos, otros más bien escrofulosos, aunque á veces su lesion característica sea un tubérculo (un *escrofuloma*). Lo que se ha acabado por admitir en las artritis, ¿por qué no ha de poder admitirse en las meningitis?

Como prueba de que, dado caso de que exista la meningitis escrofulosa, no es extraño que sea difícil distinguirla de la tuberculosa, está el importante hecho de que esta distincion tambien es difícilísima entre las dos clases de artritis, de que he hablado, y que sin embargo son más accesibles á la exploracion. Así Bonnet, que llegó á aceptar (*Traité des maladies articulaires*, 1845), la existencia de artritis tuberculosas, cita en prueba de ello hechos clínicos sumamente diseutibles. Lannelongue presentó á la *Sociedad de Cirugia de Paris*, (1878, 17 Abrii), las piezas de un tumor blanco de la rodilla que él creyó

Pues bien, muchos y buenos autores han afirmado que no conocian carácter distintivo alguno entre ambas especies de tubérculos. Si en el tubérculo mismo no se halla el sello de su verdadera naturaleza, deberemos dirigir nuestras preguntas al organismo enfermo. Para ello podemos considerar los antecedentes, estado general y la edad de los pacientes, la causa, la forma clínica y la terminación de su afección y la influencia del tratamiento.

A. *Antecedentes.* Muchos de los que padecen de meningitis granulosa, son hijos de padres tísicos y han tenido otros tuberculosos entre sus allegados; de tales, es muy creíble que su meningitis es verdaderamente tuberculosa. Pero hay otros, y no pocos, que en su familia no hay ni ha existido tísico ninguno. En estos, este dato negativo no prejuzga nada sobre la naturaleza de su mal: tanto pueden ser escrofulosos como tuberculosos.

B. *Estado general.* Algunos de los que mueren de meningitis tuberculosa eran tísicos ya antes de que ésta apareciera, ó junto con la misma evolucionan lesiones tuberculosas en otros puntos de su cuerpo. En estos tampoco queda duda acerca de la verdadera naturaleza de su mal. En cambio, otros son chicos linfáticos ó levemente escrofulosos, que son afectados en medio de aparente salud, están gordos, tienen apetito y están libres de tubérculos en todo otro punto de su cuerpo (1); cuando mueren solo se hallan lesiones en las

de naturaleza tuberculosa, y sin embargo, nada hay ménos demostrado que esto. Existían granulaciones en las sinoviales, y el niño murió de meningitis granulosa; pero tanto una cosa como otra, pudieron haber sido estrumosas, sin que pueda asegurarse si lo eran ó no lo eran. Pero debe tenerse en cuenta que el chico no tenia antecedentes tuberculosos, y que su artritis estaba curándose cuando sobrevino la meningitis que lo arrebató. Todo esto prueba las dificultades que se encuentran para distinguir las afecciones escrofulosas de las tuberculosas.

(1) Legendre, de 28 casos cuenta que aparecieron en medio de las mejores apariencias de salud. En ella se hallaron granulaciones meníngeas en la autopsia. Dicho autor considera lo más comun en la meningitis granulosa, el que evolucione sin que aparezcan tubérculos en ningun otro punto. (*Recherches anatomiques, pathologiques et cliniques sur quelques maladies de l'enfance*, París, 1846). Lederer, muy competente observador y de mucha experiencia, dice que aunque en Viena la tuberculosis es muy frecuente, es raro encontrar entre los niños, tuberculosis de la laringe, pulmones ó intestinos, mientras que allí es muy frecuente la tuberculosis meníngea. En un gran número de casos de meningitis granulosa, encontró muy pocos en que existieran tubérculos en otros órganos que en la piamadre. Por lo comun, el estado general parecia muy satisfactorio y la salud visiblemente no estaba alterada cuando apareció la meningitis. (*Meningitis tuberculosa*. Jahrbuch f. Kinderheil. XIX B. 2 H.

Jaccoud y Labadie-Lagrave (Art. *Méninges (Path. des)* en. *Dict. de*

meninges, el resto del cuerpo está libre de granulaciones. En estos enfermos más racional es creer que han pasado una afección escrofulosa, que no tuberculosa.

C. *La forma clínica.* La sintomatología de la meningitis granulosa más bien depende de las lesiones y del órgano afectado que no de la naturaleza del mal. En ella existen granulaciones más ó ménos apelotonadas, derrame seroso y congestión meníngea, todo lo que influye sobre el cerebro; de todo esto iguales perturbaciones funcionales han de resultar que este mal sea tuberculoso como que sea escrofuloso (1). Por lo tanto, de estos datos tampoco puede sacarse ningún carácter distintivo entre ambas clases de lesiones.

D. *Terminación de la afección.* La terminación común es la muerte, pero dada la importancia del órgano afectado es muy natural que así suceda. La terminación por la muerte, no tanto depende de la naturaleza del mal como que sea el cerebro el órgano que sufra. Por lo tanto, tampoco sirve este dato para asegurar la naturaleza tuberculosa del mal. Recuérdese que la meningitis simple tiene casi siempre la misma funesta terminación; ¿qué extraño es que la meningitis estrumosa (si es que existe) termine de igual modo?

Pero si el cerebro puede funcionar lo suficientemente para mantener la vida, hasta que las lesiones vayan desapareciendo, el enfermo se salva. Esto sucederá tanto más frecuentemente cuanto más simple sea el mal. Así es que la meningitis simple podrá curarse relativamente á menudo, mientras que la verdaderamente tuberculosa no curará casi nunca. En cambio, si la meningitis estrumosa existe, curará ménos á menudo que la simple y más frecuentemente que la tuberculosa, porque es sabido que si el escrofulismo no cura ó tarda en curarse largos años, en cambio, sus determinaciones locales son más vencibles que las localizaciones de la

Jaccoud), dicen que la meningitis granulosa es algunas veces primitiva, pero que la tuberculosis meníngea no lo es nunca ó casi nunca.

Gaucher ha referido un caso de meningitis en que no se hallaron granulaciones en ninguna otra parte que en las meninges. (*Progrés médical*, 1879, pág. 485). Wood (*Journ. of. mentale scien.*, April 1874) y Rendu (*France médicale*, 1883, t. 1, núms. 15 y 16), han referido cada uno un caso análogo.

(1) Giraudeau pedía á Vovard en el Congreso de la Rochela de 1882 que precisase el diagnóstico diferencial entre la meningitis estrumosa y la tuberculosa. A esto puede contestarse que no puede hacerse este diagnóstico de un modo bien definido, por no haber sido dirigida á este punto la atención de los observadores, pero es permitido sospechar que los casos de meningitis estrumosa, son aquéllos que se presentan en individuos gordos, aunque linfáticos, en que no hay tubérculos en otros puntos, en que no se conoce la tuberculosis en la familia y finalmente, casi todos aquéllos que curan.

verdadera tuberculosis. Aceptando la naturaleza estrumosa de alguna meningitis granulosa, comprenderemos que hayan podido curarse las muchas que se han dado como curadas, las que no se contarían en tan grande número si la dicha meningitis fuese siempre tuberculosa.

E. *Causas del mal.* Se han referido hechos en que la causa inmediata del mal han sido lesiones escrofulosas (1). Aunque es sabido que de las lesiones escrofulosas pueden nacer alteraciones de forma tuberculosa, no puede ménos que aceptarse que estas tendrán con aquellas tanto ó más parentesco que con la verdadera tuberculosis. Téngase entendido, que digo *verdadera tuberculosis* porque estoy discutiendo bajo la hipótesis, que no digo si acepto ó dejo de aceptar, de que es la tuberculosis una afección completamente distinta de la escrofulosis.

F. *Influencia del tratamiento.* Más allá demostraré de un modo indudable, que el yoduro potásico y los yodados en general. son casi los únicos medicamentos que han obtenido curaciones de meningitis granulosa, y los han obtenido en grande número. Estos medicamentos, de no muy grande eficacia contra la tisis, son los verdaderos específicos de la escrofulosis; así pues, puede creerse que las meningitis granulosas que han cedido con su uso, más atestiguan con ello su naturaleza estrumosa que no tuberculosa.

G. *Edad del enfermo.* Dicha afección generalmente se presenta en la edad en que la escrófula domina, y en la que la mayor parte de afecciones con tubérculos pertenecen propiamente á aquella. Esta edad es la infantil. Se aceptan alteraciones escrofulosas en todos los puntos del organismo infantil. ¿Por qué razón se han de suponer indemnes de las mismas á las meninges cerebrales? ¿No es por ventura la escrófula un vicio orgánico que puede atacar á todos los tejidos? Las leyes de la lógica, las de analogía, nos dicen que deben existir alteraciones meníngeas escrofulosas: pues bien, ¿sabría decirse en qué otra afección podrían buscarse que en la meningitis basilar?

Con estas ideas también se comprenderán varios fenómenos hasta ahora inexplicados. Muchos autores han visto meningitis simples de marcha anómala, poco francas, poco agudas, las que se explican muy bien si se las incluye en el grupo de las meningitis estrumosas. Otros autores han seña-

(1) Sidney Compland ha referido un caso en que una meningitis granulosa sin tubérculos en ningún otro punto, excepto la coróides, nació, al parecer, bajo la influencia de una caries escrofulosa de la tibia. (*The Lancet*. August 23, 1879).

lado meningitis tuberculosas en las que en la autopsia no se han hallado ni pocas ni muchas granulaciones, pero había sido tan típica la marcha del mal, que aún después de la autopsia continuaron considerándolas tuberculosas y las llamaron *meningitis tuberculosas sin tubérculos* (1). Esta contradicción, esta monstruosidad clínica se desvanece si aceptamos que tales meningitis no son más que formas de la *meningitis estrumosa*. Lo que puede muy bien admitirse en la escrófula, esto es, que no existan granulaciones, no es permitido en la tuberculosis. En la escrófula hay lesiones constituidas por tubérculos (*escrofulomas*) y lesiones difusas sin tubérculos; por eso es muy racional admitir meningitis estrumosas sin granulaciones y meningitis estrumosas con ellas. En las primeras entrarían las hasta ahora consideradas meningitis simples de forma poco franca y las llamadas *meningitis tuberculosas sin tubérculos*. En las segundas se incluyen la mayoría de las meningitis granulosas que se curan, las que evolucionan sin ir acompañadas de tubérculos en otros órganos, y las que comparecen en individuos que al parecer estaban sanos y en buen estado de nutrición.

Al contrario, las lesiones tuberculosas no puede aceptarse sin tubérculos, porque hasta las masas de infiltración que se encuentran en la llamada *pneumonia caseosa*, no son más que aglomerados de tubérculos. Así es, que los autores, no queriendo admitir, ó mejor, no sabiendo ver la meningitis escrofulosa, se han visto obligados á aceptar una cosa irracional, sin precedentes y que no ha sido admitida para ningún otro órgano, esto es, que fuesen tuberculosos sin que presentasen tubérculos.

Aunque la atención de los médicos no ha sido llevada á esta orden de ideas y mi experiencia no es bastante para poder profundizar con alguna autoridad el estudio de las mismas, debo advertir que no es del todo difícil hallar muchas veces en la meningitis granulosa más puntos de parentesco con las lesiones escrofulosas que con las tuberculosas, ó cuando ménos, hacer notar que se separa de estas últimas por algunos caracteres.

Así, Sanné (*Rougeole. in Dict. encyclo. de scien. méd.*) dice

(1) Sturges dice: «Niños presentan los síntomas clásicos de la meningitis tuberculosa y mueren del modo habitual, pero en la autopsia no se encuentran tubérculos... A pesar de la terminación fatal, no se encuentran huellas de granulaciones grises.» Sturges luego se esfuerza en demostrar que á pesar de esto, tales hechos son de meningitis tuberculosa. (*France médicale*, 1882, t. 11, pág. 592).

Debe notarse que Sturges afirma que tales meningitis se hallan en la edad infantil, esto es, en la edad del *máximum* del escrofulismo.

que las lesiones tuberculosas son complicaciones del sarampion, mientras que la meningitis granulosa es su consecuencia, lo que indica alguna diferencia entre ambas afecciones secundarias. Mientras las primeras aparecen durante el curso del mal, la última tarda en presentarse dos ó tres meses.

Autores hay que diferencian el curso de la meningitis granulosa, que complica á la tisis pulmonar, de la meningitis granulosa que podriase llamar *idiopática*. La primera, de cuya naturaleza verdaderamente tuberculosa no es posible dudar, evoluciona segun Hardy y Béhier, como muchísima más rapidez que la segunda.

El ser la meningitis tuberculosa una flegmasia, más tiende á colocarla, si se tuviese que atender á este dato, en el grupo de las afecciones escrofulosas que en el de las tuberculosas (1). En estas comunmente la flegmasia es secundaria y aparece mucho tiempo despues que los tubérculos; en aquellas es esencial, forma parte de su naturaleza y comparece al mismo tiempo que las lesiones características. Así pues, repito que, el ser la meningitis granulosa una flegmasia, aboga en favor de su naturaleza escrofulosa. Pero como no es imposible que la inflamacion vaya unida á una erupcion interna de tubérculos verdaderamente tales, no por lo antes manifestado puede negarse la existencia de una meningitis de esencia tuberculosa.

Cornil y Ranvier, despues de una multitud de exámenes, solo han podido hallar células gigantes en las granulaciones de un solo caso de meningitis granulosa. Como es sabido, las células gigantes se hallan tan á menudo en los verdaderos tubérculos, que algunos han querido hacer de ellas su elemento distintivo, opinion que no deja de ser errónea. Esta falta de *Riesenzellen* en las granulaciones meníngeas, es más propia de lesiones escrofulosas que tuberculosas, porque en aquellas las células gigantes se vén incomparablemente ménos veces que en estas últimas.

Puede parecer aventurado cuanto he dicho, pero es racional. Me faltan pruebas directas, pero estoy convencido de que el tiempo, si veloz para la existencia, tardo para el progreso, con su influencia aclatoria me dará la razon.

Antes de terminar la discusion de este punto, he de volver á advertir, que en todo lo que he dicho, no he manifes-

(1) Aunque actualmente hay tendencia á considerar al tubérculo como un producto inflamatorio, esto no contradice en nada nuestro aserto, porque en tal caso se trataria de una inflamacion específica cuyos caractéres tendrian pocos puntos de semejanza con los de las inflamaciones más ó ménos comunes. (Véase Hanot. *De l'inflammation dans ses rapports avec le tubercule*. These d'agregation, 1883, Paris).

tado si acepto que la escrófula y la tuberculosis son una misma enfermedad ó son enfermedades distintas. He discutido mi tema bajo estas dos hipótesis, pero me he guardado muy bien de expresar por cuál me decidía. Y he hecho bien, porque si hubiese aceptado una cualquiera de las dos dichas hipótesis, hubiese tenido que apoyar mi aserto en una multitud de pruebas, que hubieran hecho interminable esta demasiado larga Memoria. Por otra parte, el estudio de la tuberculosis en sus relaciones con la escrófula, es tan intrincado, á pesar de su aparente simplicidad, que es capaz de volver loco al que quiera resolverlo, de modo que he notado que los médicos han discutido mucho sobre esta materia, sobre todo desde hace tres años, y no se han entendido unos á otros, quizá porque muchos no se entendían á sí mismos.

3.º *Aunque la meningitis granulosa fuese siempre verdaderamente tuberculosa, puede admitirse su curabilidad, si se acepta la de la tuberculosis.*

Este razonamiento es muy lógico. Si aceptais que es siempre tuberculosa, debeis aceptar que está sujeta á las mismas leyes que la tuberculosis, de modo que si ésta es curable tambien debe serlo la meningitis tuberculosa. Debo hacer la salvedad de que ésta en todo caso es más grave que la tuberculosis de otros puntos, porque así lo lleva consigo la importancia del órgano afectado.

Veamos si debe aceptarse la curabilidad de la tisis. Bennet, médico tísico curado, cree en ella. La aceptan Hirtz (*Jour. de théér.*, 10 Juin, 1874), Bouchard y Gimbert. Bucquoy dice que la curabilidad de la peritonitis tuberculosa es un hecho bien demostrado. (*Jour. de med. et chir. prat.*, 1882, Mai. Art. 12,020.)

Las investigaciones de Heitler y las de Beau, hechas en grande escala sobre cadáveres, prueban de un modo indudable que la tisis, no tan sólo es curable, si que tambien cura muy á menudo.

La misma *granulía* no se ha presentado siempre invencible. Así Luton afirma de un modo positivo haber curado la granulía con el extracto de las hojas de nogal. (*Bull. gén. de théér.*, 15 Marzo 1876, p. 193.) Duboué de Pau ha relatado tres casos de granulía curados por el mismo medio (*Bull. gén. de théér.*, 15 Juillet 1876, p. 26), y Guénot refiere otro hecho. (*Un cas de granulie traité avec succès par l'extract de feuilles de noyer. Bull. gén. de théér.*, 30 Juillet 1876, p. 73.)

Douglas Powell cree cosa indudable que la tuberculosis cura bastante frecuentemente. (*Lancet*, VI, 1882, n.º 18, p. 723.) Jaccoud admite que la tuberculosis es vencible. En su última obra destinada á probar esta curabilidad, dice que

puede esperarse la curacion de la tisis en un gran número de casos, en primer lugar, por la natural tendencia del tubérculo á la curacion si se le considera anatómicamente, y en segundo lugar, por la mucha eficacia de ciertos medios que pueden emplearse. (*Curabilité et traitement de la Phthisie pulmonaire*, 1881.)

Ewart dice que las cavernas pulmonares son curables (*Gulstonian lectures on pulmonary cavities; their growth, and repair. Lancet* March 25 and April 22, 1882.)

Octavio Sturges (1) expone un caso muy notable en que se ve que un sujeto tuberculoso, con fiebre de duracion indefinida, con enflaquecimiento muy notable, pudo, á pesar de todo, curar. «Si el tiempo me lo permite, dice Sturges, os probaré que la tuberculosis aguda, reconocida clínicamente, no es necesariamente fatal, sea que sobrevenga en jóvenes y se manifieste del lado de los pulmones, sea que sobrevenga en niños y se manifieste en la pia madre. Encontramos exactamente los mismos síntomas en los casos excepcionales que curan y en los casos habituales en que los enfermos sucumben; además, cuanto más avanzada es la edad de los enfermos, más nos aproximamos á este período de la vida en el que la tuberculosis ofrece su desenvolvimiento más completo; mas es frecuente ver enfermos que presentan, no tan solo los síntomas premonitorios de la tisis, sino aun los que se considera como indicando el principio de la tuberculosis, levantarse sin embargo y curar cuando el diagnóstico estaba bien apoyado y el pronóstico parecia cierto.»

«La curacion de la tuberculosis, añade Sturges en otro punto de su leccion, designando por este último término los fenómenos clínicos que parecen indicar el depósito de tubérculos miliares, léjos de ser rara, es al contrario observada frecuentemente. Lo que es raro, ménos sin embargo de lo que se supone, porque se confunde muy á menudo esta afeccion con la fiebre tifoidea, es la curacion cuando la tuberculosis ha pasado de cierto grado.»

Gouguenheim ha curado un caso de granulia faríngea (*Progrès méd.*, 5 Aout, 1882.)

R. F. Laennec niega la curabilidad de la tisis en el primer grado, pero la acepta en grados posteriores, cuando los tubérculos se hayan ya reblandecido y dado lugar á la formacion de cavernas (2). Y su testimonio es de tanto más valor,

(1) *Clinical Lecture on the curability of Acute Tuberculosis. (T. Lancet. September 16, 1882.)*

(2) Laennec. *Traité de l'auscultation médiate et des maladies des poumons et du cœur. t. II, 4. édition, 1837.*

cuando considerando al tubérculo invenciblemente destructivo, habia por mucho tiempo negado la curacion de la tisis. Pero luego observó casos innegables de curacion que él refiere detalladamente en su obra, y concluye que de esta misma destruccion del tubérculo puede nacer la curacion. En una palabra; segun él, el tubérculo no cura, sino que se destruye, pero una vez destruido, pueden curarse las lesiones que ha dejado. El tuberculoso puede curarse pero no el tubérculo. El mismo auter dice que todo le inclina á creer que estos casos de curacion son extremadamente comunes. Andral ha confirmado las aseveraciones de Laennec (1).

Peter resuelve la cuestion de la curabilidad de la tisis con estas palabras: «El tubérculo, y esto no es paradoja, tiene una tendencia natural á curar:

1.º Cura por reblandecimiento y expulsion; solamente perjudica al pulmon que queda más ó menos agujereado por él, pero que puede cicatrizar en seguida.

2.º Cura por paso al estado fibroso.

3.º Cura por paso al estado cretáceo.

Y en cada uno de estos dos últimos casos, permanece inerte para el pulmon, al que en adelante no puede dañar.

He dicho que el tubérculo estaba curado, pero seré más exacto diciendo, que ha cesado de desarrollarse, que ha cesado de ser, que ha muerto.

El problema terapéutico estriba en *permitir á los tuberculosos que sobrevivan á sus tubérculos*. Pues bien, en gran número de casos este problema no es irresoluble (2).»

Schmidt, Schnitzler y Stoerck en el Congreso de laringología de Milan (1880) se mostraron favorables á la aceptacion de la curabilidad de la tuberculosis laríngea.

Cruveilhier decia que el tubérculo era curable en todos los períodos de su desarrollo y bajo todas sus formas, esto es, como granulacion, como agregado tuberculoso y como caverna.

Charcot escribe: «El tubérculo puede experimentar en todas sus formas y en todos sus estados modificaciones que lo transformen en un cuerpo extraño, inerte é incapaz de dañar. A veces, despues de haber alcanzado un grado de perfecto desarrollo, se mantiene estacionario en el seno de los órganos sin modificar sensiblemente su textura y sin caer en mortificacion. En otras ocasiones el tubérculo evoluciona crónicamente desde su origen, pierde pronto su estructura

(1) Andral. *Clinique Médicale*, t. III, p. 382 y 394.

(2) Peter. *Lecciones de clinica médica*. Edicion española; t. II, p. 563.

celular y se transforma sin haber presentado la menor traza de materia caseosa, en un pequeño tumor fibroso. O recorre el ciclo entero de su evolucion, se caseifica, la materia mortificada se evacua completamente, es reemplazada por un revestimiento de tejido embrionario, bajo el cual sobresalen mamelones carnosos y el tejido subyacente á esta zona se transforma poco á poco, presentando los caracteres de la inflamacion crónica; esta es la caverna de curacion. Por último, puede no evacuarse la materia caseosa y sufrir una especie de enquistamiento; la transformacion en este caso se verifica por la adicion ó depósito de partículas calcáreas que lo convierten en un mastic ó pequeño cálculo inofensivo.»

Ariza acepta la curabilidad de la tisis laríngea idiopática (1).

Rogée, Boudet y Valshe creen que la tisis es curable. Laveran y Teissier dicen que es susceptible de curacion en todos sus períodos (2). Los mismos aceptan la curabilidad de la tuberculosis aguda (3).

Noël Gueneau de Mussy escribe: «Conozco enfermos en los que han sido comprobadas cavernas por mí ó por observadores de una autoridad muy superior á la mía, hace 10, 15, 20 años y que gozan ahora de una buena salud.»

Victor Hanot (Art. *Phthisie in nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*.) dice que no solamente la tisis puede curar, si que tambien curar en todos sus períodos.

Billroth cree que en los primeros estadios de la enfermedad puede obtenerse la curacion (4).

Rivet decia en la *Gazette des Hôpitaux* (1881) (5) que si no se podia modificar la diátesis tuberculosa, en cambio se podia vencer el proceso tuberculoso, y en prueba de esto cita una curacion que se ha mantenido largos años.

Lombard, Jourdanet, Teodoro William (6) y Althaus admiten la curacion de la tisis por los climas de montañas. Rilliet y Barthez, dicen que ellos no ponen en duda la curabilidad de la tisis.

(1) *Reseña del Instituto de terapéutica operatoria del Hospital de la Princesa*, por el Dr. D. Federico Rubio y Galí y el Dr. Ariza.

(2) *Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales*, p. 969.

(3) *Loc. cit.* p. 213.

(4) Billroth. *Patol. quirúr. gener.*, ed. esp., p. 438.

(5) A. Rivet. *De la tuberculose à propos d'un cas de guérison datant de six ans.* (*Le Courrier médical*, 7 Janvier 1882.)

(6) *Treatment of Phthisis by Residence at High Altitudes.* (*The Lancet*, Octubre 21 de 1882, p. 663.)

Porter cree que la curacion de la tisis laríngea es más frecuente de lo que los autores admiten (1).

Robert escribía en 1874 (2), que en los pulmones tuberculosos puede formarse «una membrana fibro-celular que limite, como por una especie de enquistamiento, el foco de supuracion, hecho posible, demostrable y demostrado de curacion de la tuberculosis pulmonar.» Más allá añade, que con la cretificacion del tubérculo, que á veces se opera «queda realizada la transformacion de un producto orgánico en producto inorgánico, resultado favorabilísimo de curacion de la enfermedad, si los tubérculos en gran número no constituyeran en ciertos órganos un peligro mecánico á sus funciones respectivas »

Du Castel escribe (3) «la esclerosis limita y repara el mal causado por la caseificacion, sea que produzca la cicatrizacion, sea que lleve consigo el enquistamiento de los focos caseosos que convierte en masas inertes indiferentes para la economía.»

Grancher (*Arc. de Physio* 1872 y 1778, *Thèse de Paris* 1873), define al tubérculo una «neoplasia fibro-caseosa,» admitiendo una especie de antagonismo entre la parte fibrosa y caseosa; la primera tendiendo á organizar y la segunda á destruir. Si la primera domina en todos los tubérculos, el tísico cura, si las lesiones no eran muy extensas. «El tubérculo, decia Grancher en el Congreso médico de Sevilla de 1882, solo puede curarse si se transforma en materia esclerósica, y esto solo es posible á favor de una marcha lenta y haciendo que el enfermo viva largo tiempo. Si la evolucion es rápida, aparece la formacion caseosa; si es sosegada, aparece el tejido fibroso ó de cicatriz; y este resultado puede obtenerse con los recursos dietéticos, como aire puro (4).»

G. Hunter Mackenzie relata dos casos de curacion de la tisis por la inhalacion de sustancias antisépticas (5).

Wilson-Fox sostenia en el último Congreso médico internacional que los climas de montañas pueden curar la tisis tuberculosa.

(1) Porter *Prognosis of Laryngeal Phthisis*, Memoria leida en el Congreso anual de la *American Laryngological Association*. 1881.

(2) Robert. *Tisis. Escuelas unitaria y dualista. Indep. med.* 1 Octubre 1874.

(3) Du Castel. *Phthisie pulmonaire. (France médicale, t. I. 1882, n.º 53, 54, 55.)*

(4) Grancher. *Leccion sobre la tuberculosis pulmonar*, tomada á la pluma y traducida por el Dr. Robert. (*Revista de med. y cir. práct.* Año VI, 22 Mayo 1882.)

(5) *The infection of phthisis and its bearings upon treatment. (The Lancet. Noviembre 27, 1880, 821.)*

Schiffers cita un caso de cicatrizacion de una tuberculosis laringea por el yodoformo (Art. extractado en *La Medicina Rural*. 15 Noviembre 1882. 361.)

Hérard y Cornil (1) admiten la curabilidad de la tisis y que es permitido esperar que una mejor direccion impresa al tratamiento aumentará en el porvenir el número de curaciones.

Los mejores prácticos de Barcelona me han referido casos de tuberculosis pulmonar curados por ellos. Creí por algun tiempo haber vencido una tuberculosis, pero despues he entrado en sospecha de que no era más que una histeria visceral, con hemoptisis, porque así lo vienen á indicar algunos fenómenos que posteriormente han aparecido. Durante mis años de internado en el Hospital de Santa Cruz no ví curar ninguna tisis confirmada, pero debo advertir, que los enfermos entran allí tan decaídos, que fuera muy extraño que otra cosa hubiese sucedido.

Queria con todas estas citaciones, que no quedase duda de la curabilidad de la tuberculosis, y creo que esta duda desaparecerá ante tantos ilustres testimonios; con esto tengo bastante para poder deducir, que si la tuberculosis en general puede curar, otro tanto puede pasar, si bien que más raramente, á la tuberculosis de las meninges y á la meningitis tuberculosa.

Pero si acepto que la tisis es curable, disto mucho de creer que su curacion sea cosa muy frecuente. La cuarta ó quinta parte de los europeos mueren de tisis, y en verdad no se relatan muchas curaciones. Desconfiad de vencer una enfermedad de cuya curabilidad se hable largamente, porque esto es señal de que esta curabilidad, es algo dudosa, y no lo fuera si se hubiese comprobado frecuentemente. Es mucho más fácil encontrar textos que hablen de la curabilidad de la tisis, que hallar tísicos curados.

El momento hasta el que esta afeccion es curable está aun mal definido. Hay autores que creen que lo es en todos los períodos. Otros como Laennec creen que cura en sus últimos períodos y jamás en los primeros. La mayoría la consideran tanto más difícil de curar cuanto más adelantada se halla la evolucion destructiva del tubérculo. Estos se acercan más á la verdad. Si la tuberculosis comunmente es una consecuencia de la debilidad orgánica (y esta teoría es aceptada fundamentalmente por todas las escuelas), cuanto más débil se halle el individuo, cuanto más minado por su afeccion, menos fuerza tendrá para reaccionar contra la misma; así es

(1) *De la phthisie pulmonaire*. 1867.

que la curacion será cosa casi imposible cuando el tuberculoso haya entrado en el periodo consuntivo, en el periodo de tisis. Debo hacer notar que en esta materia han mudado bastante las ideas desde quince años acá. Antes se creia y hoy aun lo creen los que siguen el dualismo de Virchow, que es tísico el que tiene una caseificacion en los pulmones, caseificacion que segun ellos no era tuberculosa pero que debilitando el organismo podia llevar á la tuberculosis. Dicha caseificacion, dicha tisis era curable; el tubérculo no lo era. Por esto Niemeyer decia que «el principal peligro que puede correr un tísico, es el volverse tuberculoso.» Pero ahora, de nuevo aceptado por la mayoría el unicismo de Laennec, gracias á los esfuerzos de Villemin, Hérard y Cornil, Barth, Grancher, Charcot, Thaon, Wilson-Fox, Peter, Dieulafoy, Hannot, Koch, Baumgarten, Murri, y hasta por Rindfleisch, que habia sido ardiente dualista, se considera á casi todas las caseificaciones pulmonares como agregados de tubérculos ó cuando ménos como expresion de la tuberculosis (1), se acepta la curabilidad del tubérculo y algo más filosóficamente, ó si se quiere etimológicamente, no se dá el nombre de tisis á la tuberculosis, sino á la consuncion que, ya se origina de ésta, ya de otras enfermedades debilitadoras. En esto hemos vuelto á las ideas de los antiguos, v. g. á las de Morton (2) que acepta tanta tisis cuantas eran las causas consuntivas. Así es que la tuberculosis no es la tisis, sino que ésta es consecuencia de aquella. El tuberculoso puede curarse, pero cuando ha llegado el periodo de consuncion, cuando se ha vuelto *tísico*, entonces debe desesperarse de salvarle. Así es, que con todo seguridad puede actualmente invertirse la célebre frase de Niemeyer y decir, que «el principal peligro que corre un tuberculoso es el volverse tísico.»

Párrafo tercero. Es de temer una recidiva por poco que sus padres dejen de nutrir y tonizar bien esta niña.

En efecto, todos los autores están acordes en considerar á la meningitis granulosa como una enfermedad muy recidi-

(1) Con la muerte de Colomiatti, en Italia, la desercion de Rindfleisch, en Alemania, y el encuentro del *bacillus* de Koch en las masas de la llamada *pneumonia caseosa*, ha recibido el dualismo un golpe tremendo, que sin duda acabará la obra iniciada por Laennec y con tanto talento continuada por Thaon, Grancher y Charcot. En España lleva la bandera del dualismo, Robert, catedrático de clinica médica de nuestra Facultad, quien lo ha defendido con vigor y talento, en la cátedra, en el periódico y en los Congresos y Academias. Sospecho que no tardará el día en que discuta con dicho señor tan importante cuestion, discusion de la que ó he de salir convencido por él ó él convencido por mí.

(2) R. Morton. *Phthisiologia*. 1689.

vante, y muchos creen que no es que recidive, sino que nunca ha estado bien curada. Vogel cita el caso de un niño que curó de meningitis tuberculosa para morir un año después, atacado por la misma enfermedad. Ya he referido anteriormente el caso de una hermana de un médico amigo mio, que murió de una recidiva de la meningitis tuberculosa. Guer-sant escribía: «La meningitis tuberculosa puede algunas veces terminar por la curación en su primer período, aunque quede siempre alguna duda sobre la naturaleza de semejantes casos; en el segundo período ni siquiera llega á curar un enfermo de cada cien y los que parecen haber curado, ó bien han muerto más tarde arrebatados por un segundo ataque de la misma enfermedad bajo su forma aguda, ó han sucumbido á los embates de la tisis pulmonar.»

Los pocos enfermos que Grisolle ha visto curar de meningitis tuberculosa han muerto después de recidiva de la misma. Jaccoud cree que los casos de curación que se citan son más bien el hecho de una larga remisión de síntomas. Bouchut señala á la recidiva como muy frecuente. Rilliet (*De la méningite tuberculeuse chez les enfants. Gaz. méd. 1846 p. 4, 22, 872, 894*), refiere el caso de un niño que murió de recidiva de la meningitis granulosa, en el que halló aun las lesiones propias de la primera meningitis, de modo que no fué posible dudar de la verdadera naturaleza de ésta. Ya he citado anteriormente este hecho. El mismo autor afirma que los niños curados de meningitis están siempre más ó menos expuestos á una recidiva (*De la guérison de la méningite tuberculeuse. Archiv. gén. de méd. 5.^a série t. II, p. 641, 1855*). Leudet en el Congreso de la Rochela (1882) refirió que ha visto curar á tres enfermos de meningitis tuberculosa, pero que uno murió al cabo de quince meses y otro dos años después, ambos de tuberculosis pulmonar. El tercero murió ocho años más tarde de tuberculosis pulmonar, pudiéndose comprobar en la autopsia la exactitud del primer diagnóstico. (*Bull. gén. de thérap. t. 103, p. 208*). Estos hechos de Leudet prueban que la recidiva de la tuberculosis no se hace siempre en el mismo órgano, pero que no por eso es menos frecuente.

Como se vé, los mejores autores afirman la facilidad que la meningitis tuberculosa tiene en reproducirse, de modo que no es posible dudar de esta recidividad. A mi ver, esta depende de que el organismo escrofuloso ó tuberculoso muy difícilmente deja de serlo, y que los individuos que logran curar de manifestaciones locales de esta diátesis, no llegan nunca á encontrarse en perfecto estado general.

Párrafo cuarto. La biefaritis disminuyó en los primeros días de la enfermedad, pero desde que administré el yoduro,

se agravó y por fin invadió los párpados del otro ojo. Cuando suspendí el yoduro, curó del todo y ya no ha vuelto á comparecer. A mi ver pasó aquí lo siguiente: el yoduro aumentó la blefaritis por la accion irritante que tiene sobre los ojos, pero al mismo tiempo le quitó la naturaleza escrofulosa, de modo que cuando fué suprimido, los párpados pudieron curar fácilmente.

Párrafo quinto. El hacer la succion del dedo, ó más gráficamente el *mamarse* el dedo, es propio de niños atontados, débiles, de poca inteligencia. El vulgo (autoridad dudosa, pero que se presta á todo) consagra esta verdad, cuando usa la frase «no te mames el dedo» como sinónima de «no seas tonto.» En mi enferma este acto y el de tocarse los genitales han llamado la atencion por lo constantes, ó aun más, por lo invencibles durante el periodo más grave de su mal. Parecia que una fuerza incontrastable la arrastrase á ello. Su disminucion ha sido un buen indicador del retorno de la inteligencia. Actualmente apenas se entrega á estos actos.

Párrafo sexto. Es digno de notarse en este caso la ausencia del grito hidrocefálico. La marcha clínica de esta afeccion ha sido algo rara, pero el diagnóstico me parece indudable. Una de las cosas más raras fué que las convulsiones hubiesen sido el primer síntoma que se notó. Sin duda que la niña cuando las tuvo estaba ya enferma desde algunos dias, pero como el comienzo de esta afeccion es tan insidioso, los padres no se apercibieron de nada. Si durante algunos dias tuvo frecuencia de pulso, no dice esto contra el diagnóstico de meningitis granulosa, tanto como algunos autores (1) han supuesto; ya anteriormente he manifestado en qué razones apoyaba esta mi opinion (2). La marcha lenta é insidiosa del mal, las convulsiones, la dilatacion de

(1) Germain Sée *Journal de méd. et chir. prat.* 1882, Janvier.

(2) En apoyo de lo que afirmé, que la elevacion de temperatura no es incompatible con el diagnóstico de meningitis granulosa, puedo citar el caso de Wharry apuntado anteriormente, y uno de Birom-Branwell. (*Cefalea y vómitos persistentes: elevacion notable de la temperatura; meningitis de la base;* Edinb. med. Journ. p. 142. Agosto 1879). El Dr. Eskridge leyó en 4 de Abril de 1883 ante el *College of Physicians of Philadelphia*, una curiosa observacion de meningitis tuberculosa, en que la temperatura era bastante alta, alcanzando á veces 1,55° de Fahrenheit (40,5 del centigrado). En el mismo caso el pulso llegaba muchas veces á 180 por minuto, lo que viene á comprobar lo que decia acerca de la no infalibilidad de la lentitud del pulso, en el diagnóstico de la meningitis granulosa como erróneamente lo pretende Germain Sée. En este caso de Eskridge no cabe duda acerca del diagnóstico, porque pudo comprobarse en la autopsia. (J. F. Eskridge. *Tubercular Cerebro Spinal Meningitis: The Medical and Surgical Reporter.* Philadelphie. 7, 14, and 21, July, 1883, p. 9, 40, 65.)

las pupilas, los vómitos, el coma, la pérdida de la vista, del oído, de la palabra, de la sensibilidad y de la motilidad, la hiperestesia que siguió á la insensibilidad, el escrofulismo de la niña que predisponía á la meningitis granulosa, el que hubiese padecido el sarampion hacia poco tiempo, enfermedad que tiene mucha influencia tuberculizante, el haber sido curada la afeccion por el yoduro potásico, lo débil que se hallaba la niña al comenzar su afeccion, el característico aspecto de la paciente durante la misma, la completa pérdida de sus carnes, la notable rubefaccion de su piel despues de un ligero pellizco, las complicaciones pulmonares de carácter paralítico é hipotrófico, y la fiebre moderada, son circunstancias que no se hallan reunidas en ninguna otra enfermedad que la meningitis tuberculosa. La persistencia de la afasia da mucho valor al diagnóstico; tanto ella como la imbecilidad pasajera fueron pruebas de que se trataba de un mal residente en el cerebro y no de órden simpático ó secundario, como son las complicaciones cerebrales de la gastro-enteritis, pneumonías, ó tifoideas de los niños. La afasia permanente demuestra que se trataba de afeccion cerebral, pero no podia ser ninguna otra que la meningitis simple ó la meningitis tuberculosa. Las otras enfermedades cerebrales de la infancia, ó hubieran ya muerto á la paciente ó hubieran desaparecido sin dejar trastorno alguno. Además hubieran presentado un cuadro sintomático totalmente distinto. La hipótesis de un tumor cerebral ni puede siquiera plantearse. Quedan, pues, dos enfermedades; la meningitis simple y la meningitis granulosa. La primera es muy rara, de modo que Graves dice que casi nunca se halla en la infancia. Por otra parte acostumbra á presentar una sintomatología distinta de la de nuestra enferma. La meningitis simple, si cura, no deja tantas alteraciones cerebrales como la tuberculosa, y es natural; en la primera hay productos inflamatorios que son casi siempre reabsorbidos, pero, en la segunda, los tubérculos, si bien que transformados (cretificados), aun despues de la curacion continúan comprimiendo algunos puntos del cerebro; así, la persistencia de la afasia, que no se explica muy bien por una meningitis simple curada, es muy fácil de comprender si sigue á una meningitis tuberculosa dominada. De todos modos, la afasia es un indicio de que la afeccion no está curada del todo; las lesiones duermen en el cerebro, pero pueden despertar.

Quiero suponer que en tan delicada materia hubiese errado el diagnóstico, y que se tratase de meningitis simple, cosa difícil, pero si eliminamos la meningitis granulosa, la única posible: el caso no por esto fuera ménos curioso. No

dejaría de ser esta afasia persistente, después de una meningitis, un hecho rarísimo y muy digno de ser conocido.

Párrafo séptimo. Esta afección comenzó en la época que la inmensa mayoría de los autores están acordes en considerar como la en que con más frecuencia se observa.

Párrafo octavo. Los motivos por qué receté tal ó cual medicamento durante la enfermedad que estoy comentando, son muy fáciles de adivinar. Solo diré que tuve constancia en administrar siempre el yoduro potásico, porque, según me enseñan mi corta experiencia y mis lecturas, es irremplazable en esta enfermedad. La práctica y la teoría vienen en su apoyo.

Hechos y razones en favor de lo dicho en el párrafo octavo de los comentarios.

La utilidad del yodo y sus preparados en las afecciones escrofulosas y tuberculosas, ha sido aceptada por infinidad de autores, entre ellos por Laennec, Chartroule, Piorry y Lugol. Pocos niegan esta eficacia, entre otros Nothnagel y Rosbach. Bucquoy recomienda el yoduro potásico en la peritonitis tuberculosa, afección análoga á la meningitis de igual carácter; la combate también con tintura de yodo al exterior y con aguas yodo-bromuradas al interior. Gougenheim ha referido un caso de faringitis tuberculosa curada con el yodoformo. Kusner considera también el iodoformo como potente anti-tuberculoso. Podría multiplicar los ejemplos de la acción anti-tuberculosa del yodo y de sus preparados, pero me abstengo de hacerlo, para no hacer excesivamente largo este trabajo. Por esto, es muy racional suponer que la misma eficacia tendrán estos preparados en la meningitis granulosa, manifestación siempre de una de las dos diátesis, la escrofulosa ó la tuberculosa. Parece que la práctica ha corroborado estas ideas.

Si hacemos caso omiso de los yodados, notaremos, que no se conoce ninguna medicación inocente y perfectamente indicada en la meningitis granulosa. La acción debilitante y hasta tóxica de los calomelanos, usados durante largo tiempo y en la dosis en que deben usarse en esta enfermedad, hace que la mayoría de los prácticos actuales los consideren muy inferiores al yoduro potásico. Dígase lo que se quiera, ni la teoría abona, ni la práctica recomienda el uso de los purgantes, narcóticos, deplecciones sanguíneas, y el mismo hielo. Los tónicos, sí útiles como profilácticos, no tienen acción alguna sobre la enfermedad en su período de estado, en que

se necesita una accion pronta y poderosa. Están indicados tan solo en la convalescencia y para impedir la recidiva.

Por estas razones los médicos se han inclinado cada dia más al yoduro potásico, que es el medicamento al que se deben mayor número de curaciones de meningitis tuberculosa, y el que reúne la mayoría de sufragios.

Vovard (1) ha curado 11 niños en 30 casos de meningitis tuberculosa, con el uso del yoduro potásico al interior y del aceite de croton al exterior.

West, que no cree en la eficacia de ningun medicamento para la curacion de esta enfermedad, hace una ligera excepcion en favor del yoduro potásico. Lo administra siempre, y ha visto á síntomas de un carácter amenazador ser dominados por su uso prolongado, sobre todo en los casos poco activos en su marcha. Despues de explicar el modo cómo lo administra, que á mi entender indica una timidez fuera de lugar en una afeccion tan grave, añade West lo siguiente: «Puedo recomendar esta práctica, porque dá resultados más favorables que ninguna de las demás que conozco.»

Bourrouse de Laffore refirió en una Memoria presentada en 1860 á la Academia de Medicina de Paris, ocho casos de meningitis tuberculosa tratados por el yoduro potásico á altas dosis y todos los cuales curaron gracias á esta medicacion. Aunque en estos datos haya, como es casi seguro, algun error ó exageracion, no por esto dejan de tener importancia. Laffore lo daba á la dosis de tres gramos diarios. Dicho autor declaraba que algunas de las meningitis que curó se hallaban ya en el tercer período. De paso haré notar que el caso referido por mí estaba tambien en el tercer período, de modo que cuando empecé á administrar el yoduro, la niña estaba muy próxima á la agonía. «No puedo dudar, dice Bourrouse de Laffore, de que el yoduro potásico, tomado al interior á altas dosis, cura la meningitis tuberculosa, puesto que, he *constantemente* curado á esta enfermedad siempre que la he combatido con este medicamento. Por otra parte, el grande hábito que he adquirido en el hospital *des Enfants malades* de reconocer á la hidrocefalia aguda, me dá la intima conviccion de que no me he engañado sobre la naturaleza de la afeccion que combatia. Además, en la época en que empleaba contra la meningitis los medios indicados en los autores, he podido cada vez comprobar en la autopsia la exactitud de mi diagnóstico. Me felicito de haber perdido esta última y triste ventaja desde que hago uso del yoduro potásico.»

(1) Vovard. *Traitement de la méningite des enfants*. (Quinzaine médicale 1 et 15 Décembre 1882, p. 71).

Con dicho medicamento creen haber curado algunas meningitis granulosas, Coldstream, Turner, Schœpt, Mercei de Pesth y Peter (1).

Niemeyer es partidario del uso de los yoduros, en especial del potásico en el tratamiento de la misma. Administra el yoduro potásico en altas cantidades hasta que sobreviene una cistitis yódica y un exantema yódico extenso. Dice el mismo autor que curó dos enfermos con el yoduro potásico, en los que apareció el coriza y el exantema yódico. En los que no curaron no se presentó signo ninguno de yodismo.

Gubler dice que ha usado con éxito en algunos casos de dicha afección el yoduro potásico unido á cantidades mucho mayores de bromuro potásico.

Laveran alaba el yoduro para cuando los accidentes agudos han desaparecido.

Le Roy de Méricourt decia que el yoduro potásico á altas dosis desde el principio es el único recurso contra este terrible mal. Montelle y Évanson aconsejaban el yoduro potásico asociado al yodo, y al mismo tiempo fricciones sobre la cabeza de pomada de deutoyoduro de mercurio. Grasset recomienda el yoduro más que á ningun otro medicamento pero no confía en ninguno. Mauthner prescribe el yoduro potásico con los calomelanos y el carbonato amónico.

Truchess, Amelung, Bennett, Roger y Oppolzer, recomiendan el yoduro de potasio á grandes dosis y durante largo tiempo en el período de exudación.

Baron dice que curaron la mitad de sus meningíticos con el yoduro potásico.

Jaccoud y Labadie-Lagrave, que no aceptan de muy buen grado la curabilidad de esta enfermedad, dicen sin embargo, que las observaciones de Bourrouse presentadas á la Academia en 1846 y de las que ya he hablado anteriormente, parecen demostrar del modo más concluyente, los dichosos y constantes efectos de este método de tratamiento. Los mismos añaden (*Nou. Dict. de méd. et chir. prat. de Jaccoud. Art. Patho des Méninges*), que uno de los dos ha dominado dos meningitis, segun toda apariencia tuberculosas, por medio del yoduro potásico asociado á tónicos y revulsivos: aunque no saben si la curación se ha mantenido por haber perdido de vista á sus enfermos. Ottenbourg dió con éxito el yoduro potásico, y reclamaba para sí la prioridad de esta medicación; pero ya en 1841, Roger lo habia empleado felizmente en tres casos de meningitis tuberculosa.

Bierbaum lo aconseja en dosis moderadas en períodos

(1) *Bull. Socié. clin.* Paris 1879, II. p. 145.

avanzados, aunque sin fiar mucho en su eficacia, pero menos aun fia en la eficacia de ningun otro medicamento.

El muy ilustrado médico Sr. Formica-Corsi me ha referido un hecho en que logró vencerse una meningitis tuberculosa, con el empleo del yoduro potásico. Se trataba de un niño de 12 años, escrofuloso, muy débil, que empezó por presentar cambio de carácter, constipacion y luego vómitos continuos. Enflaqueció rápidamente y en seguida fué perdiendo la vista. Adelantando la enfermedad llegó á darle ceguera, afasia, grande dilatacion pupilar, mancha meningítica cuando se rascaba la piel, y otros signos de meningitis tuberculosa. De tal fué diagnosticada esta afeccion por el Dr. Badía y el Dr. Formica-Corsi. Lo primero que se vieron obligados á hacer fué calmar los vómitos con los narcóticos. Luego administraron el aceite de hígado de bacalao (que en parte obra por el yodo que contiene), y el yoduro potásico. Con esto fué curando muy lentamente la afeccion. Ha pasado ya más de un año del comienzo de su enfermedad, y no hace más de dos meses que aun tenia una vacilacion tan grande al andar, que parecia entre coréico y borracho. Esto ya ha desaparecido casi del todo, pero ha quedado una ambliopía muy pronunciada, que tiende muy poco á desaparecer.

Millard da el yoduro potásico empezando por un gramo y llegando gradualmente hasta cinco.

El yoduro potásico ha sido recomendado en el tratamiento de la meningitis tuberculosa, por Copland, Wood, Bedoer y Coindet.

Bouchut dice que el único inconveniente del tratamiento de la enfermedad de que hablo por el yoduro potásico, es la repugnancia que inspira al enfermo. Por lo demás lo encuentra muy útil.

Baumann dió ocho gramos en 24 horas y en un mes 75 gramos á un niño de ocho años que padecia meningitis tuberculosa muy adelantada, el que curó del todo. Notó que cada vez que durante el tratamiento habia una interrupcion en la administracion del yoduro potásico habia una agravacion de los síntomas.

Jaccoud (*Path. int.*) considera el yoduro potásico y el aceite de hígado de bacalao como los mejores remedios internos contra la meningitis tuberculosa.

El Dr. Raventós, de San Andrés de Palomar, me ha referido un caso de meningitis tuberculosa, segun él, indudable, curada por el yoduro potásico. El diagnóstico fué confirmado por los Dres. Abreu, Riera y Nadal. Se trataba de un niño de 10 años, del que habian muerto dos hermanos de meningitis tuberculosa, en uno de ellos consecutiva al sarampion. Sus

padres eran linfáticos y débiles. La marcha de la afección fué lenta, pues duró cinco meses; uno de los síntomas culminantes fué una ceguera completa que el doctor Caralt y su ayudante Sr. Batlle reconocieron, gracias al oftalmoscopio, ser debida á una doble neuritis óptica y á tuberculosis de la coroides. La pérdida de la vision comenzó lentamente; al principio veía más con el ojo derecho que con el izquierdo, y tambien empezó á recobrar sus funciones el primero antes que el segundo. La inteligencia se conservó. Dolores acerbos en el interior del cráneo, para calmar los que tenia que acudirse á frecuentes inyecciones hipodérmicas de un centígramo de clorhidrato de morfina. Esta calmaba el dolor durante media hora, luego reaparecia haciendose lentamente más intenso, hasta que al fin le obligaba á prorumpir en grandes gritos y le causaba una sobreexcitacion extremada. Se llegó á dársele 5 inyecciones hipodérmicas al dia. La temperatura subió á 39° y algunas décimas. La demacracion era extremada. Paresia muscular pero no parálisis; perturbacion de lenguaje pero no afasia. Constipacion tenaz, que solo pudo ser vencida algun tanto con el podofilino. Se le trató con revulsivos, pero lo que fué más eficaz, fué el yoduro potásico, que se usó durante tres meses á la dosis de 2 gramos, llegándose hasta 3 gramos durante algunos dias. Se administraba al mismo tiempo un grano de bromuro potásico, y al fin de la afección se empleó el extracto blando de quina á la dosis diaria de un gramo. De su enfermedad solo subsistió la ceguera, que luego ha ido paulatinamente desapareciendo, quedándole actualmente, dos años despues de su afección, algunas porciones de la retina completamente inservibles, de modo que encuentra manchas en el campo visual.

Rodet ha referido en el *Lyon Médical* (1879) una notable observacion de meningitis, que fué curada por altas dosis de yoduro potásico. El caso parecia desesperado, y contra él se habian estrellado el hielo, los purgantes, los revulsivos, la quinina y muchos otros medios. Dió 3 gramos de yoduro potásico en veinte y cuatro horas, y al dia siguiente la enferma se encontró mejor; en éste la dosis fué elevada á 4 gramos; á la mañana siguiente á 5, y continuó así en los dias siguientes. La mejoría bajo esta influencia hizo progresos rápidos y cinco dias despues la enferma habia entrado en convalecencia.

Rodet hace notar que este tratamiento de la meningitis ha sido preconizado por muchos prácticos. Si esta medicacion no está más en boga, se debe á que los médicos que han ensayado esta medicacion, han dado el remedio con excesiva timidez y á dosis demasiado débil para obtener el efecto cu-

rativo, lo que ha hecho creer en su ineficacia. Rodet cree que el yoduro puede prestar grandes servicios hasta en un período muy avanzado.

Fonsagrives considera como un importante progreso el uso del yoduro potásico en una afección reputada incurable. Hace grandes elogios de este medio y añade, que debe darse desde el principio de la enfermedad, antes que ésta haya causado grandes desórdenes en el cerebro. Lo emplea también como profiláctico de la misma y lo da hasta el yodismo. (*Traité de thérapeutique*). Empieza por un gramo y llega hasta tres y más gramos al día.

Bonamy ha referido en 1876 un caso de meningitis curada por el yoduro potásico. Del estudio de los síntomas se deduce indudablemente, que se trataba de meningitis granulosa. El mismo Bonamy reconoce que así lo parecía. «La existencia, dice, de manifestaciones escrofulosas, tumefacciones ganglionares en el cuello, y la larga duración de la enfermedad y de los síntomas (como de más de dos meses de duración), parecen fenómenos propios de una meningitis tuberculosa.»

Pero Bonamy al ver que la enfermedad se curaba, hizo lo que hacen la mayoría de los autores; se arredró y no se atrevió á sostener su diagnóstico; de modo que en vista del feliz éxito de la enfermedad, la juzgó una meningitis simple. ¡Pobre razón esta, para el que sabe que la meningitis tuberculosa, es algunas veces curable!

Roser publica un caso, que á Rilliet y Barthez, poco amigos del yoduro potásico, les parece indudable en cuanto á diagnóstico y eficacia del tratamiento. Se trata de una meningitis tuberculosa, curada en quince días por el yoduro potásico.

Hahn aconsejaba el yoduro potásico y afirmaba que no había error de diagnóstico en la mayoría de las curaciones por el mismo medicamento referidas por los autores.

E. C. Séguin (*De la influencia del yoduro potásico en las afecciones orgánicas del sistema nervioso independientes de la sífilis. Sociedad neurológica de New-York, 3 Enero 1882. Bull. gén. de thér. t. 102, p. 179*) (1) relata los tres casos siguientes: 1.º Meningitis de la base. Niña de 6 años; cefalalgia, vómitos, estrabismo interno de un solo ojo. Doble neuritis óptica, curación por el yoduro potásico; 2.º Meningitis de la base. Chica de 14 años. Pesadez de cabeza, vómitos ligeros, estrabismo interno de un solo ojo. Doble neuritis óptica. Curación por el yoduro potásico; 3.º Meningitis de la base. Niña de 5 años. Estrabismo interno. Doble neuritis óptica. Otros sín-

(1) *Archives of Medicine*. June 1883, vol. IX, 403, p. 240.

tomas de la meningitis tuberculosa. Curacion por el yoduro potásico. Edes Robert alaba el yoduro en la meningitis. (*Therapeutic Hand-boch of the United States Pharmacopeia* 1883, p. 256).

Dujardin-Beaumetz dice en sus *Leçons de clinique thérapeutique*. (3.^e vol. 1.^{er} fas. p. 244): «El yoduro potásico, experimentado primero por Blache, luego por Bourrouse de Laffore y muy elogiado por Bonamy (de Nantes), lejos de estar abandonado, cuenta aun, en el tratamiento de la meningitis, numerosos defensores. Y creo que en tal enfermedad, teniendo en consideracion la inocuidad del método, se puede siempre recurrir á este medicamento y administrarlo á los niños hasta la dosis de dos gramos.»

Aunque no tan amenudo como el yoduro potásico, los otros preparados de yodo han sido usados felizmente contra la meningitis tuberculosa. Leared ha curado una con dichos preparados. Moleschott, Coesfeld y Bauer (1), han curado con el yodoformo á enfermos de meningitis tuberculosa (2). Contra esta, Vogel aconseja los yodados, y Gerardht la tintura de yodo. Schwartz, en 1839, habia obtenido en catorce dias una curacion completa en un chico de dos años. Usó la siguiente fórmula, que ha conservado su nombre:

Yodo.	5 centigramos.
Calomelanos aa.	40 »
Digital	
Azúcar.	15 gramos.

Veit, Stadler, Woninger, Zimmermann, Christien, Atken, Manusell y Malin han publicado hechos de curacion de meningitis tuberculosa con preparados yodados, si bien Jaccoud y Labadie-Lagrave, creen que algunos de estos casos podian muy bien haber sido meningitis agudas.

A pesar de todo lo dicho, debo manifestar que la opinion de los médicos no está unánimemente á favor del yoduro potásico, aunque los que lo rechazan, si bien hombres ilustres, están en mucha minoría.

Entre estos, merece citarse la opinion de los siguientes: Archambault dice que el yoduro potásico más bien acerca que no aparta la terminacion funesta (*Path. des Méninges en Dict. encyclo. des scien. méd.*) Day afirma que en la afeccion de que hablo el yoduro potásico no es de ninguna utilidad. (*On tuber-*

(1) Bauer. *Caso de meningitis tuberculosa curada por el yodoformo.* (*Desuche med. Wochense.* 1882, n.º 11).

(2) *New-York Medical Record* 8 Julio 1882.

cular Meningitis and the Mode of Treatment. Lancet, 1881, vol. I, n.º XVI, p. 620).

Trousseau refirió tres casos en que el yoduro potásico había precipitado la marcha funesta del mal.

Rilliet y Barthez lo consideran desfavorable, y Hammond se muestra muy escéptico en cuanto á sus virtudes.

Fournier (*Syphilis et Mariage, 1880, p. 67*), dice: «No me sorprende la pretendida eficacia del yoduro potásico en la meningitis tuberculosa (algunos casos de este género, no lo ignorais, han sido publicados) pues es explicable por el carácter específico (*sifilítico*) de las lesiones, contra las cuales este remedio ha sido administrado.»

Pero la opinion de estos autores no debe ser tenida tan en cuenta como su nombradía parece merecer, porque la meningitis tuberculosa es una afeccion tan grave, que es capaz de desacreditar todas las medicaciones. No quiere decir nada que algunos no hayan sido felices en su tratamiento, desde el momento en que se la considera mortal ó casi mortal; pero en cambio quiere decir mucho una sola curacion que se haya obtenido, porque ésta, mostrando la posibilidad de vencer tal enfermedad con éste ó aquél medio, anima y guia para el porvenir.

De todos modos la masa de hechos invocada en favor del yoduro es imponente y no es permitido borrarla de un plumazo. No basta decir «el yóduro no es eficaz; la meningitis no es curable;» es menester para tener este derecho, presentar más pruebas de las que nos presentan los enemigos del yoduro, y los que no creen en la curabilidad de la meningitis tuberculosa.

La poderosa accion anti-escrofulosa, anti-tuberculosa, alterante, dialítica y reabsorbente de los preparados yódicos, explica cumplidamente su eficacia en la meningitis granulosa. Algunos autores han supuesto que debilita, lo que en verdad fuera contraproducente en una afeccion que es comunmente la última expresion de la debilidad. Pero no es así. El yoduro potásico activa los cambios nutritivos; si aumenta la desasimilacion, favorece tambien la asimilacion. Autores hay que lo dan como aperitivo. Lisfranc atribuía al yoduro potásico enérgicas propiedades reconstituyentes; sostiene que solo excepcionalmente hace enflaquecer y que en general engorda. El yoduro potásico, dígase lo que se quiera, es un medicamento bastante inofensivo. Segun la ley de Bouchardat y Stuart Cooper, los compuestos no oxigenados de los metaloides monoatómicos son tanto ménos activos cuanto más elevado es el peso atómico del metaloide (*Annuaire de thér. 1847*). Así los yoduros son más inofensivos que los bro-

muros, estos que los cloruros, y los cloruros que los fluoruros. Rabuteau ha confirmado esta ley. Este ha repetido las experiencias de Orfila sobre la toxicidad de los yoduros y ha encontrado erróneas las conclusiones de aquel autor. Dió 10 gramos de yoduro potásico á un perro de talla inferior á la media, y este no presentó alteracion ninguna. (*Recherches sur l'élimination des iodures; dans les Mémoires de la Société de biologie*). El mismo autor afirma que los yoduros alcalinos puros, no producen el enflaquecimiento que se ha señalado (*De l'innocuité des iodures alcalins*, 1869). Leroy no observó enflaquecimiento en uno de sus enfermos que habia tomado en el curso de su afeccion cerca de tres mil gramos de yoduro potásico. Olavide llega á dar sin inconveniente 100 gotas diarias de tintura de yodo á sus elefantisiacos.

Volviendo á Rabuteau, debo manifestar que este autor asegura que el yoduro potásico, no solo no enflaquece, sino que aumenta el apetito y produce gordura.

Aunque creo que en algunos de los que he citado como curados por el yoduro, habrá habido error de diagnóstico, no se puede suponer que este haya existido en todos; este modo de argumentar fuera demasiado cómodo; quizás por esto se valen de él la mayoría de los autores que no aceptan la curabilidad de la meningitis tuberculosa.

Pero aun suponiendo que todos los hechos que he citado fueran erróneos, de todos modos, de mi estudio se deducirá una útil consecuencia, y es la de que el yoduro potásico sería eficaz, si no en la meningitis granulosa, cuando ménos en los estados que la simulan, estados gravísimos y que casi siempre terminan por la muerte. Así cuando nos hallemos en frente de una afeccion con todos los síntomas de la meningitis tuberculosa, dejando á un lado toda consideracion teórica, debemos dar el yoduro; si la meningitis tuberculosa es curable, como yo creo, daríamos el yoduro porque la experiencia habria demostrado que es su mejor medicamento; si la afeccion de que trato es invencible, en este caso sabríamos que hay muchas afecciones que simulan la granulia meníngea, que la enfermedad que estamos viendo es quizás una de ellas, y que las tales son vencibles por el medicamento de que hablo.

A mi ver han incurrido en graves faltas en la administracion del yoduro potásico los autores que despues lo han rechazado. Unos lo daban impuro, y ya es sabido que las impurezas de este medicamento le dan la toxicidad que á veces presenta. Otros por cobardía lo han usado á cortas dosis, que por cortas son ineficaces. Casi todos sostienen poco tiempo su empleo, ya porque confien poco en el mismo, ya por ve-

leidad natural de espíritu. En cambio los autores en cuyas manos ha dado excelentes resultados adoptan prácticas diametralmente opuestas á las citadas. Del análisis de sus escritos se desprende que en general lo han dado en alta, en muy alta dosis (y sobre esto insisten especialmente) durante largo tiempo, y en todos periodos, ya como profiláctico, ya en el primero, segundo y tercer periodo. Si hay error de diagnóstico, mejor; es cosa que no les preocupa; si este se ha cometido, en general es que se trata de una meningitis simple, en la que el yoduro es aun más eficaz que en la tuberculosa. Se han publicado centenares de curaciones de aquella por el yoduro potásico, y aquí mismo los citaria si no temiera alargar al infinito esta Memoria.

El principio de la administracion de altas dosis, y lo repito aun á trueque de hacerme pesado, es el más importante en el tratamiento de la meningitis tuberculosa; no siguiéndolo no se logra absolutamente nada. Si el médico debe ser muy cauto en el uso de remedios en las afecciones de marcha regular y de no mucha gravedad, en cambio en las enfermedades con tendencia á la muerte debe mostrarse enérgico, muy enérgico en la administracion de altas dosis. La muerte está próxima, la perturbacion orgánica es profunda; solo influyendo fuerte y valientemente sobre la economía, podremos detener la casi incontrastable marcha de la enfermedad. No es entonces el caso, como diria Giné, de *echarle guindas á la tarasca*.

Párrafo noveno. Ha sido cosa muy notable el que quedase la afasia como único resto de esta enfermedad. No desconfio aun de vencerla sujetando á la paciente á un tratamiento tónico, al uso del yoduro potásico y del sublimado corrosivo y á la rusticacion. Sin duda que las lesiones no se han resuelto del todo al nivel de las dos terceras circunvoluciones frontales, probablemente, la izquierda. En dicho punto ó hay una aglomeracion de tubérculos cretificados ó con transformacion fibrosa, ó hay algun derrame enquistado. Si se tratase de un foco de reblandecimiento ya se habrian añadido á la afasia otros síntomas. Lo más particular de este caso es que no esté en lo más mínimo alterada la motilidad.

Hechos y razones que vienen á completar el párrafo noveno de los comentarios.

No he podido encontrar en las publicaciones científicas que he registrado ningun caso análogo al que comento; esto es, *caso de meningitis simple ó tuberculosa seguida de afasia permanente, sin ninguna otra alteracion coexistente*. Quizás el hecho que he referido es el único en su género que se haya

publicado hasta el presente (1). Sin embargo, la afasia ha sido señalada distintas veces como síntoma de la meningitis tuberculosa, pero nunca en las circunstancias que en mi enferma; no sé que nunca, excepto en ésta, se haya mantenido hasta mucho tiempo después de la curación de la enfermedad y de la desaparición de los demás síntomas.

Quinquaud hizo en 1866 un estudio especial de la meningitis tuberculosa con parálisis y afasia (*Observations sur la méningite tuberculeuse avec paralysies et aphasie*).

La afasia no puede ser rara en el curso de la meningitis granulosa, si hemos de creer lo que afirma Laboulbéné. «En la meningitis tuberculosa, escribe este autor, el sitio de predilección con el máximo de desenvolvimiento de los tubérculos, está en la pia madre que rodea las circunvoluciones adyacentes á la cisura de Sylvio, cerca de la circunvolución de Broca. (*Anath. patho. p. 1,003.*)

J. Frank, mucho antes de que se conociese la naturaleza de la meningitis granulosa, había, á mi entender, hecho alusión á la existencia de la afasia en el curso de la misma. Dice que la *afonía* y la parálisis de los brazos que sobrevienen en esta enfermedad, se originan de la compresión de la médula oblongada por el derrame seroso localizado á su nivel. Aunque Frank equivoca la localización, sin embargo, es digno de notarse que hace depender del mismo centro á la *afonía* y á la parálisis de los brazos, lo que actualmente casi aceptamos, ya que si no creemos que proceden de un centro único, admitimos que sus centros son muy vecinos. Debo advertir que al decir esto me refiero á la verdadera *afasia* y no á la *afonía*, porque estoy seguro de que Frank daba este nombre á la primera, por no ser aquella en su tiempo científicamente conocida, ni expresamente denominada.

Sorel ha observado la afasia en el sarampion, pero sin pasar como en nuestro caso por el intermedio de la meningitis granulosa (2). Segun hacen notar Jaccoud, Labadie-

(1) Impresa ya toda esta memoria, y cuando corregía las pruebas, he recibido un número del *The Lancet*, en que se encuentra referido un caso semejante al mio. (W. Milligan. *on a case of tubercular meningitis. The Lancet. November 24 1883*). Curada la meningitis tuberculosa, dice Milligan, que el niño «quedó muy vivaracho é inteligente. Se sonreía cuando le acariciaban; demostraba comprender lo que se le decía; alargaba las manos cuando se le pedía; señalaba los objetos que se le nombraban, pero no hablaba; desde el principio de la enfermedad perdió el lenguaje articulado y dejaba escapar gritos y alaridos». En este niño se usó el yoduro potásico y el yoduro de hierro junto con el bromuro potásico.

(2) Sorel, *Rougeole; convulsions de la face et du membre supérieur à droite avec aphasie, suivie de paralysies fugaces. (Union médicale, 24 Juillet 1881)*.

○ Lagrave y Rendu, la pérdida de la palabra es un sintoma constante, mostrándose muy prematuramente desde el principio del período soporoso, cuando la inteligencia está aun conservada.

○ West relata un caso de meningitis tuberculosa, en que la afasia persistió bastante tiempo, pero este hecho no tiene paridad con el mio, pues mientras en este la enferma continúa afásica á pesar de haber recobrado la inteligencia, la enferma de West recuperó el lenguaje, cuando aun subsistía la demencia, que quedóse definitivamente. Hé aquí en pocas palabras el caso de West. Niña de tres años y medio perteneciente á una familia de tísicos y de la que habia muerto de hidrocefalia aguda un hermano apenas hacia un año. Marcha ordinaria de la afeccion. Convulsiones seguidas de coma, deglucion difícil, pupilas muy dilatadas y casi inmóviles, pulso débil y muy *frecuente*; en una palabra, todo anunciaba una muerte próxima. La ausencia de conciencia persistió durante muchos dias, el movimiento voluntario reapareció de pronto en los miembros superiores, la enferma recobró despues la facultad visual, pero no podia mover las piernas ni emitir *ningun sonido articulado*. No recobró el uso de la palabra más que algunas semanas despues y la fuerza para la marcha más que despues de muchos meses. Su andar quedó siempre vacilante é incierto y la niña parecia medio idiota. Cuando West volvió á verla tres años despues, caminaba aun con paso mal seguro y su fisonomía tenia una expresion extraña.

○ Greffier relata un caso de afasia en que queda la duda de si dependia ó no de una meningitis tuberculosa (1). Este hecho le ha sido comunicado por Julio Simon. Se trataba de un niño que en la declinacion de una escarlatina cayó en tal estado comatoso y presentó tales síntomas, que dos ilustrados médicos habian creido deber hacer el diagnóstico de meningitis tuberculosa. Sin embargo, este niño volvió al conocimiento; quedó algun tiempo afásico y acabó por curar completamente. Por la simple razon de que curó, juzga Greffier que en este caso no hubo meningitis tuberculosa; ya hemos dejado bien establecido que esta sola razon no basta para rechazar tal diagnóstico; de todos modos confieso que este no es muy seguro. Conozco un caso de Mills (2) en que hubo afasia incompleta, en el que se halló un reblandecimiento á lo largo de la cisura de Silvio.

(1) Greffier, *Diagnostic de la mèningite tuberculeuse au début.* (*France méd.*, II, n.º 68, 12 Decembre 1882).

(2) Mills, *Localized tubercular meningitis; with cortical softening.* (*Brain.* London, 1880, 560.)

Tapret (1) ha publicado un caso tomado de la clínica de Lasègue, en que se trata de un jóven tísico, en quien el primero y por bastante tiempo único síntoma de la meningitis tuberculosa fué una afasia incompleta. Las granulaciones tuberculosas, segun se vió en la autopsia, eran muy abundantes al nivel de la circunvolucion de Broca, la que estaba reblandecida.

C. Gerhardt (2) relata la observacion siguiente: «Niña de tres años, escrofulosa. En 3 de Febrero de 1875; ataque eclámpico al que sigue parálisis del brazo derecho y pérdida completa de la palabra. Esta afasia persistió hasta el 13 de Febrero, en cuya fecha la niña sucumbió durante una série de ataques convulsivos. Autopsia. Reblandecimiento de la parietal ascendente izquierda: granulacion tuberculosa en dicho punto, en el fondo de las cisuras.»

Drozda (3) refiere el caso siguiente, que por cierto es de gran valor. Una mujer de 34 años empezó á presentar accesos de afasia completa que volvian de tiempo en tiempo, y que duraban próximamente un cuarto de hora; más tarde estos accesos se acompañaron de ataques epileptiformes, y en el intervalo de los accesos no habia presentado más que *bradifasia* (pereza del lenguaje).

En sus últimos días estos mismos accesos epileptiformes se habian repetido más frecuentemente; hubo paresia del facial derecho y pérdida completa de la facultad del lenguaje con sordera verbal. Se trataba de una meningitis tuberculosa de la parte posterior de la cisura de Sylvio izquierda y de los dos primeros surcos temporales, con formacion de nódulos en la pia madre al nivel de las dos primeras circunvoluciones temporales del mismo lado y sobre el lóbulo del pliegue curvo.

Galliard (*Aphasie symptôme initial de la méningite tuberculeuse. Amas de tubercules au niveau des cissures de Sylvius et de Rolando du côté gauche et des circunvolutions avoisinantes.*—*Société anat. de Paris, 12 Mars 1881, Progrès méd.* 1881, 703), ha referido el siguiente caso: Hombre de 27 años. Al llegar en 21 de Febrero 1880 á la visita de Millard en el hospital Beaujon, presentaba afasia, sin parálisis y con conservacion de la inteligencia. Yoduro potásico, un gramo. En 24 de Febrero responde por la mañana *oui* (sí) á todas las pre-

(1) Tapret, *Accidents cérébraux, chez les phthísiques.* (*Archiv générales de médecine*, Avril. 1880, p. 481.)

(2) Gerhardt, *Zur casuistik der Aphasie.* (*Jarb. f. Kinderh.*, IX, Bd. 1876, p. 324.)

(3) *Neuro pathologische Beiträge.* (*Wien med. Wochenscr.* n.º 33, 1880).

guntas pero no puede decir *non* (no); sensibilidad conservada. En el mismo día por la tarde la sola respuesta que dá es *non*. Mancha meningítica. Empieza á perder la inteligencia. Cuando murió en 28 de Febrero no habia contracturas ni resolución de los miembros. Existia en aquel día dilatación de la pupila izquierda únicamente. *Autopsia*. Tuberculosis pulmonar. Edema subaracnoideo considerable en la convexidad de ambos hemisferios cerebrales. Pocas lesiones (algunas granulaciones aisladas) á derecha. En la izquierda habia, por el contrario, notables lesiones. Se hallaba en ella un exudado grueso, amarillento, en el espesor de las meninges, que cubren la frontal ascendente, la segunda frontal y un poco la parietal ascendente, exudado que penetra en la cisura de Sylvio y en la de Rolando. Este exudado contiene un gran número de granulaciones tuberculosas casi confluentes en muchos puntos. La parte posterior de la segunda frontal está ligeramente teñida de rojo y reblandecida en su superficie; la tercera está intacta.

Landouzy extracta la siguiente observación de Liouville (Landouzy. *De la déviation conjugée des yeux et de la rotation de la tête par excitation ou paralysie des 6.º et 11.º paires*. *Progrès méd.* 1879, n.º 36, 37, 41, 42, 43, 46 y 48). Hemiplegia facial derecha incompleta; afasia; hemiplegia derecha incompleta y progresiva; sobresalto de tendones á derecha; movimientos convulsivos de los dedos en el mismo lado. Cabeza caída y fuertemente inclinada á derecha. En la autopsia se encontró una meningo-encefalitis tuberculosa izquierda frontal y media.

Bouchut en un tratado de las *Enfermedades de los recién nacidos*, se entretiene en relatar las alteraciones que pueden quedar después de curada una meningitis tuberculosa, pero no dice nada de la afasia. Hé aquí sus palabras: «Los hay que curan, pero quedan paralíticos ó idiotas ó atacados de hidrocéfalo á consecuencia de meningitis crónica. A veces queda debilitada la visión.... En otros aumenta de volumen la cabeza.» Pero no hace alusión ninguna á la pérdida del lenguaje. Sin embargo, Bouchut ha encontrado afasia completa en una niña de 14 años (1), que murió de meningitis granulosa.

Suchültz ha estudiado la afasia como síntoma inicial de la meningitis (*Progrès méd. Wochen*, n.º 31, 1881).

M. A. Pitres (2) ha publicado el hecho que sigue: jóven de

(1) Bouchut. *Ménigite tuberculeuse; aphasie*. (*Gaz. des hôp*, n.º 152, 1868, et n.º 29, 1866.)

(2) *Nouveaux faits relatifs l'étude des localisations cérébrales*. (*Progrès méd.* 7 Aout 1880. — Observación 7.º)

18 años; entró en 2 Setiembre 1879 en un manicomio. Seis semanas antes habia tenido un ataque con pérdida de conocimiento, seguido de hemiplegia izquierda. Fué trasladada al hospital de San Andrés. Algunos dias despues de su admision presentaba: hemiplegia izquierda completa y total; sensibilidad general disminuida en el lado derecho, inteligencia muy débil. No hay afasia completa pero la palabra es difícil, embarazada, costosa de encontrar. En la autopsia se halló meningo-encefalitis tuberculosa; existian lesiones en la zona motriz derecha. Habia en la parte izquierda lesiones en los lóbulos parietales.

Seguin (*American Neurological Association*) relató el siguiente hecho, que ha sido extractado por el malogrado Enrique Clozel de Boyer en su memoria titulada: «*Études cliniques sur les lésions corticales des hémisphères cérébrales 1879.*» Se trataba de un hombre que habia sufrido una sífilis grave. Adquirió tuberculosis. Apareció despues afasia y agrafia intermitente, pero cada vez á intervalos más cortos; vino luego hemiplegia derecha; muerte. *Autopsia.* Engrosamiento inflamatorio de la pia madre, granulaciones de pequeño tamaño diseminadas; acumulacion de las mismas al nivel de la tercera circunvolucion frontal izquierda y de la ínsula del mismo lado.

Forget publicó un caso en 1838 (1) en que la afasia compareció en el curso de una enfermedad que probablemente era una meningitis tuberculosa. Hé aquí este hecho. Kalbfuss, de 13 años. Su único hermano murió de *fièvre cérébrale* (que es el nombre que entonces se daba á la meningitis granulosa). Cefalalgia desde largo tiempo; perdió la palabra bruscamente; sentia un dolor muy intenso. Recobró la palabra; tuvo luego algunos vómitos; empezó á arrastrar la pierna izquierda. Al cabo de algun tiempo perdió de nuevo la palabra y el uso de sus dos piernas; luego se paralizó el brazo izquierdo, y la orina y las cámaras se hacian involuntariamente. Inteligencia intacta. Cuando entró en el hospital presentaba los siguientes síntomas: movimiento continuo de rotacion de la cabeza; cejas fruncidas, mirada fija, facies expresando el dolor; gritos hidrencefálicos; pierna y brazo izquierdos incompletamente paralizados. Constipacion, incontinencia de orina; deglucion difícil; calor no aumentado; pulso regular. Comprende lo que le dicen pero no puede responder con palabras. El chico se agravó, y su madre lo sacó

(1) Forget. *Recherches cliniques sur le degré de certitude du diagnostic dans les maladies de l'appareil cérébro-spinal*, 1838, Paris. Observation XI.

del hospital cuando estaba moribundo. El autor cree que existían en el cerebro, tubérculos, que en sus últimos tiempos fueron acompañados de cierto grado de meningitis. El diagnóstico, aunque muy bien defendido por Forget, queda bastante dudoso. Es lástima que no se hubiese podido hacer la autopsia.

La afasia y las perturbaciones de la palabra no solo se han observado en el curso de la meningitis tuberculosa, sino que también ha sido señalada distintas veces en las otras alteraciones tuberculosas del cerebro y sus membranas.

En un caso de granulia, Alberto Josias notó que la palabra era lenta, difícil; la enferma buscaba largo tiempo los términos y respondía penosamente á las preguntas que se le dirigian (1). Acabó por no poder darse á entender. En la autopsia se encontró en la cavidad craneana lo siguiente: en la region parieto occipital del hemisferio izquierdo, sobre el surco temporal paralelo, existe un exudado fibrinoso que rodea la arteria correspondiente: en la parte posterior de este surco, existe una placa fibrinosa, turbia, de las dimensiones de una pieza de un franco. Diseminados en la misma region se encuentran algunos pequeños puntos blancos, granulados, que siguen el trayecto de los vasos. En la parte postero-superior del mismo hemisferio, al nivel del pliegue curvo se halla debajo de la pia madre una serosidad citrina, y en la misma region, al nivel de los vasos se hallan granulaciones tuberculosas.

En un caso de D'Heilly y Chantemesse la afasia habia sido producida por la influencia de una tuberculosis, pero no habia meningitis tuberculosa.

Se trataba de una jóven tuberculosa, que de pronto se volvió afásica sin parálisis de la motilidad ni de la sensibilidad. Ve, oye, pero no parece comprender lo que lee, ni lo que oye; tiene un vocabulario muy restringido, pero no muestra ninguna de estas impaciencias tan habituales á los afásicos. Era su afasia de la llamada *sensorial*, ó por otro nombre *ceguera y sordera verbales*. La muerte llegó por los progresos de la tuberculosis y en la autopsia se encontró integridad absoluta de la circunvolucion de Broca. En cambio, existia un reblandecimiento superficial del lóbulo parietal inferior, del pliegue curvo y de la parte posterior de la primera circunvolucion temporal (2).

Renault ha encontrado embarazo de la palabra, voz na-

(1) Josias. *Myo-péricardite aigue. — Granulie. — Insuffisance mitrale.* (*Progrès med.*, 1882, p. 675.)

(2) *Progrès med.*, 5 Aout, 1882.

sal, imposibilidad de articular las palabras, sin que haya parálisis del velo del paladar y músculos vecinos, sin verdadera afasia, en un caso de tubérculo de la protuberancia (1).

Clarus cita 4 casos de afasia en los niños debida en todos ellos á tubérculos del cerebro. Goetz (2) la ha observado en un caso de tubérculo cerebral, pero sin meningitis tuberculosa.

Un joven de Barcelona al fin de una tuberculosis pulmonar volvióse afásico y continuó así hasta que sobrevino la muerte. No se hizo la autopsia, porque en Cataluña las familias se niegan constantemente á dejarla practicar.

La afasia se ha observado tantas veces en el curso de la tuberculosis que Gignac ha dedicado á su estudio un trabajo especial (3).

Como se desprende de estos datos, la afasia se ha presentado como signo premonitorio, durante el curso, y hasta se ha mantenido despues de la curacion de la meningitis tuberculosa; en una palabra se la ha notado en todos los períodos de la afeccion. La causa de la afasia en la meningitis, que más comunmente se ha señalado, es la existencia de pelotones de tubérculos que comprimian un punto de los hemisferios cerebrales. ¿Qué punto era este? En las observaciones que he reproducido se encontró la masa de tubérculos ó la principal lesion al nivel de la circunvolucion de Broca izquierda ó en las partes próximas á la misma (casos de Drozda, Galliard, Liouville y Séguin.)

En los casos en que la lesion se hallaba en otro punto no habia verdadera afasia motriz ó sea la afasia clásica de Dax y Bouillaud. Esto es lo que debe decirse de los hechos de Pitres (compresion de los lóbulos parietales izquierdos), de Josias (reblandecimiento de la region intermedia á los lóbulos parietales y occipitales), de D'Heilly y Chantemesse (reblandecimiento del pliegue curvo y partes vecinas) y de Renault (tubérculo de la protuberancia).

Así es que los hechos de afasia en la meningitis tuberculosa que han llegado á mi conocimiento confirman la localizacion señalada por Broca á la facultad del lenguaje. Alguien se extrañará que quiera sacar deducciones de este género de una afeccion que se estiende á varios puntos del cerebro á la

(1) Renault. *Tubercule de la protuberance*. (*Progrès med.* 1882, página 952.)

(2) Goetz. *Tubercule cerebral: aphasie*. (*Bull. de la Société Anath de Paris*, 1875, p. 30.)

(3) Gignac. *Étude sur les troubles de la parole chez les phthisiques, présentant des complications méningo-encéphaliques*. Paris, 1890.

vez. Seguin, decia (1), que los casos de meningitis para el estudio de las localizaciones cerebrales tienen muy poco valor. Charcot declara sin importancia para el estudio de las localizaciones cerebrales á todos los casos en que la lesion no sea única, bien circunscrita, con destruccion de la parte y sin influencia sobre puntos lejanos del encéfalo. Segun estas reglas, los casos de meningitis tuberculosa no deben valer nada para dicho estudio.

Pero débese tener en cuenta que en la meningitis granulosa las lesiones se acumulan á veces en un solo punto, y en el resto de la pia madre hay inflamacion moderada con granulaciones muy diseminadas. En estos casos es permitido sospechar que los síntomas nerviosos dependen del defecto funcional del punto comprimido. Pitres, excelente autor, y cuyos trabajos sobre las localizaciones cerebrales, algunos de ellos escritos en comun con Charcot, son de todo el mundo conocidos, dice, refiriéndose á un caso de meningo-encefalitis tuberculosa: «Los hechos complejos, en los que existen lesiones múltiples, no son generalmente favorables al estudio de las localizaciones cerebrales. Sin embargo, se presentan algunas veces con tales caracteres de claridad, con tal limpieza, que es imposible rehusarles un cierto valor.»

El mismo Charcot, comentando un caso referido por Ballet (*Méningite tuberculeuse nettement circonscrite au lobe paracentral*.—Société anatomique 24 Mars 1882, *Progrès médical*, 13 Janvier de 1883) decia «que la sintomatología de casos de este género es de tal modo clara que la vacilacion no es permitida. Los datos que nos dá la enferma de Ballet, son tan característicos, que no vacilo ni un instante en afirmar la existencia de una lesion limitada al lóbulo paracentral.»

Así es que no solo pueden sacarse de la meningitis tuberculosa provechosas enseñanzas en lo que se refiere á la localizacion cerebral de la facultad de lenguaje, si que tambien tiene igual utilidad en cuanto á las demás funciones encefálicas. Lo mismo debe decirse de los tubérculos meníngicos sin inflamacion, de los tubérculos encefálicos y de la meningitis no granulosa, aunque esta en muy corto grado. No quiero entrar en este nuevo estudio, por no hacer interminable esta memoria, pero voy á apuntar algunas indicaciones bibliográficas para auxiliar al que quiera emprenderlo.

(1) Academia de Medicina de Nueva-York, sesion del 18 de Abril de 1882.

Indicaciones bibliográficas para el estudio de las localizaciones cerebrales, por medio de casos de tuberculosis meningea, meningitis tuberculosas, meningitis simple y tubérculos cerebrales.

Landouzy. «Parésie du membre supérieur droit et du facial inférieur droit chez un homme de 58 ans tuberculeux Tuberculose méningée occupant la partie inférieure de la scissure de Rolando.» (*Bull. Soc. Anat.* 1877, p. 599.)

Béringier. «De quelques formes de paralysie chez les phthisiques.» (Thèse de Paris 1880.)

F. Dreyfous. «Essai sur les symptômes protubérantiels de la méningite tuberculeuse.» Paris, 1879.

E. Desnos. «Hémiplégie dans le cours d'une phthisie pulmonaire.» (*Progrès médical*, 2 Avril 1881.)

Douglass Powell. «Clinical Remarks on a case of ptosis with pulmonary disease of tubercular origin.» (*The Lancet*. May. 6, 1882. 723.)

A. Poulin. «Tubercule dans le plancher du quatrième ventricule au niveau du noyau de la sixième paire du côté droit. Paralyse au droit externe de l'œil droit interne de l'œil gauche dans les mouvements associés des deux yeux. Paralysie des membres du côté gauche.» (*Progrès médical*, 6 Mars de 1880.)

J. Dejerine. «Monoplégie brachiale droite, avec contraction et tremblement, produite par un tubercule développé dans la conche optique, et comprimant la capsule interne dans sa partie postérieure.» (*Progrès méd.* 14 Aout 1880.)

Allison. «Multiple Tubercular Tumor of the Brain Causing Epilepsy.» *The Medical Record*, New-York. August 26, 1882. 226.)

Janeway. «Meningitis tuberculosa: anestesia unilateral.» (*Revis, de med. y cir. práct. de Madrid*, n.º 147, 1882. p. 141.)

Mucci. «Meningite cérébrale con essudato localizzato al centro motorio corticale dell' arto inferiore destro. Guglielmo da Saliceto, Piacenza. Aprile 1880.»

Janeway. «Recent cases illustrative of localization and its difficulties.» (*The Medical Record*, May. 6, 1882.)

E. Barié et Du Castel. «Monoplégie gauche, puis hémiplégie du même côté survenue dans le cours de la tuberculisation pulmonaire. Plaque de méningite tuberculeuse recouvrant les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes du côté droit, avec prolongement sur toute l'étendue du lobe paracentral.» (*Progrès médical*, 1882 p. 146.)

Lees. «Tubérculos de la protuberancia, parálisis facial de-

recha; desviacion conjugada de la cabeza y de los ojos á derecha.» (*British med. Association*, Aout, 1880. Sesion de Cambridge.)

Quénu. «Tubercules du cerveau, de la protuberance et du bulbe. Paralyse du nerf moteur oculaire externe.» (*Progrès médical*, 1878. p. 881.)

F. Raymond «Meningite tuberculeuse siégeant au niveau des centres moteurs du bras.» (*Progrès médical*, 22 Avril et 6 Mai 1876.)

F. Dreyfous. «Meningite intrautérine; vice de conformation des membres superieurs.» (*Progrès médical*, 9 Août 1879. p. 626.)

Maurice Raynaud. «Des localisations cérébrales.» (Académie de Médecine de Paris, séance de 5 Decembre. 1876.)

Laveran. «Hémiplégie du côté gauche; méningite tuberculeuse.» (Société des Hôpitaluy, 23 Mars 1877.)

Duchek. «De la tuberculosis encefálica; dificultad del diagnóstico.» Extracto en el (*Siglo médico* de Madrid, 1866, p. 522.)

Jacob. Phthisis; Tubercular Meningitis; Optic Neuritis; Death.» (*The Lancet*, 28 Feb. 1880, p. 328.)

Peter. «Clinica médica. Edición española, II p. 371.

Landouzy. Contribution à l'étude des convulsions et paralygies dans les méningo-encéphalites fronto-pariétales. 1875 Paris.»

Jaccoud. «Localisation of function in the cerebrum.» (*The Lancet*, 1880; tomado de la *Gaz. hebd. de Paris*.)

M. E. Cérof. «Meningitis de la convexidad de origen tuberculoso.» (*Deutsches Archiv. für Klinis. Med.* t. XXXI.)

Dreyfus. «Meningite tuberculeuse; localisation au niveau des régions motrices; épilepsie partiel.» (Société de Biologie. Paris. 11 Mars 1876.)

Lancereaux y Lackerbauer. «Atlas de Anatomia patológica; texto. Edición española p. 399.

Ferrand. Observation de méningite tuberculeuse avec hémiplégie gauche.» (*Gaz. méd. de Paris*, número 39, p. 609, 1862.)

Albertoni. «Meningitis tuberculosa; reblandecimiento y tumor en el lóbulo medio del cerebelo; síntomas genitales.» (*Gaz. méd. ital. Lombardia*. 1872 n.º 2.)

Hughlins-Jackson. «Meningitis tuberculosa acompañada de corea y de rigidez cerebelosa.» (*Britis. Med. Jour.* 15 Mayo 1875.)

Manuel Munck. «Marcha involuntaria de trote como síntoma de una meningitis basilar, con observaciones críticas.» (*Virchow Archiv.* LXIII, n.º 3 y 4, 1875.)

Raymond. «Méningite tuberculeuse de l'adulte.» (*Progrès Méd.* 8 Octobre 1884 p. 787.)

Edinger. «Ein Fall von Rindenepilepsie.» (*Art. f. Psychiatrie n. Nervenkrank.* Bd. X. Heft. I. p. 83, 1879.)

Drasche. «Ein Fall Kortikales Epilepsie.» (*Wiener Medic. Woche.* n.° 33, 1879.)

Saenger. «Oculo motorius laemung bei Meningitis tuberculosa adulatorum durch periphere und centrale Blutung.» (*Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrank.* Bd. X. Heft. I. p. 158, 1879.)

Lertz. «Meningitis tuberculosa de los adultos.»

Lambert Ott. «Nuevo signo de meningitis tuberculosa.» (*Philad. med. Times.* 1882.)

Mills. «Localized tubercular meningitis with cortical softening; involvement of the centres for the limbs and face.» *Brain*, London. 1879, -80, II p. 554.

E. Gaucher. «Méningo-encéphalite tuberculeuse localisée autour de l'émergence du nerf facial; encéphalite faciale directe et complète.» (*Bull. Soci anat. de Paris*, 1879. 4, 5, IV. p. 240.)

C. Talamon. «Méningite tuberculeuse circum-pédunculaire; agitation choréique et mouvement giratoire.» (*Bull. Soci. anatom. de Paris*, 1879. 46, IV, p. 34.)

Assagioli. «Tuberculosi della zona motrice corticale dell'emisfero cerebrale sinistro.» (*Gior. vene. di scien. med.* Venezia. 1879. 45, I, 49.)

Rendu. «Recherches cliniques et anatomiques sur les paralysies liées à la méningite tuberculeuse.» Paris. 1873.

Boisseau. «Nosografía orgánica.» Edicion española tomo 8.° página 86.

Faisans. «Méningite tuberculeuse de l'adulte; lésion circonscrite du lobe paracentral droit; hémiplegie gauche.» (*Soci anatom.* Avril 1877.)

J. Grasset. «Deux observations de méningite tuberculeuse; 1^{ere} lésions du cervelet, vertige; nistagmus; 2^e lésions de la zone motrice corticale; hémiplegie transitoire.» (*Montpellier Médical* p. 48. Juillet, 1878.)

Troissier. «Tuberculose généralisée; hémiplegie droite limitée à la face et au membre supérieur, survenue progressivement; méningite tuberculeuse; foyer d'apoplexie capillaire au niveau de quelques circonvolutions de l'hémisphère cérébral gauche.» (*Bull. de la Soci anat.* XLVII année; (1872) 2^e série t. XVII, p. 262.)

Choupe. «Méningo-encéphalite tuberculeuse; rotation de la tête et déviation conjuguée des yeux du côté de la lésion chez une jeune fille scrofuleuse.» (*Bull. de la Soci anat.* de Paris, XLVI, année, t. XVI, 2^e série, p. 380.)

«Meningite tuberculosa; rammollimento é tumore al lóbulo mediano del cervelletto; sintomi agli organi genitali.»
(*Gaz. med. ital. lomb.* 1872.)

Lépine. *Revue de médecine.* Juillet 1883.

CONCLUSIONES

Del estudio del hecho que he referido y de las consideraciones que le han seguido, se desprenden las siguientes conclusiones:

1.^a El sarampion, á pesar de la aparente benignidad con que se presenta en nuestro país, es una de las afecciones que minan más la constitucion de los que ataca y que más frecuentemente provoca la aparicion de lesiones tuberculosas ó escrofulosas, sobre todo, de la meningitis granulosa y blefaritis escrofulosa.

2.^a La meningitis granulosa, segun toda probabilidad, no es siempre propiamente tuberculosa, aunque la mayor parte de veces lo sea. A mi ver puede admitirse una meningitis basilar escrofulosa, que no llega á la categoria de tuberculosa (1).

3.^a La meningitis granulosa es curable. Deben aceptarse estas ideas; A: porque no siempre es tuberculosa; B: porque aunque lo sea, no puede negarse que la tuberculosis es curable; C: porque se tienen pruebas materiales, de dicha curabilidad, recogidas en autopsias de individuos curados de dicha afeccion y muertos mucho tiempo despues de una recidiva de la misma ó de otra enfermedad; y D: porque se han referido tan gran número de curaciones, observadas por prácticos tan eminentes que es imposible suponer que en todos estos casos haya habido error de diagnóstico.

4.^a El yoduro potásico es el mejor medicamento para conseguir esta curacion. Dicho medicamento no debilita, como es de suponer, sino que al contrario, es un aperitivo y por lo tanto un reconstituyente. Obra en este concepto y

(1) En el momento actual hay una verdadera manía para extender los límites de la tuberculosis. Koch está incluyendo en ella una multitud de enfermedades. Spina encuentra el *bacillus* de la tuberculosis hasta en la pneumonia; Lannelonge juzga tuberculosos todos los tumores blancos; Besniev hace lo mismo con el lupus. (Besnier. *Le lupus et son traitement.* Paris 1883.) ¿Por qué no ha de ser permitido resistir á este torrente, conservar la calma, y esperar para juzgar con acierto á que la fiebre tubercófila haya pasado y á que los términos del problema estén mejor establecidos? ¿Y porqué no ha de poderse cercenar una parte de esta tuberculosis, si el racionio nos enseña que así debe hacerse?

además como alterante, dialítico, anti-tuberculoso y sobre todo como anti-escrofuloso. Aunque todos los casos que se han publicado de curacion de la meningitis tuberculosa por el yoduro potásico, fueran errores de diagnóstico, deberíamos continuar administrando dicho medicamento, porque todas las afecciones que pueden simular la meningitis granulosa, v. gr. la meningitis simple, la enfermedad hidrocefálica de Marshall-Hall, los tumores cerebrales y sobre todo la sífilis cerebral, son curables, ó cuando ménos, modificables, ventajosamente por dicho medicamento.

5.^a El yoduro potásico debe emplearse en todos los períodos del mal, durante largo tiempo y á dosis bastante elevadas.

6.^a El yoduro potásico, á pesar de su accion irritante sobre la vista, podria usarse ventajosamente en las afecciones escrofulosas de la misma, porque combate el mal estado constitucional y provoca una irritacion substitutiva.

7.^a Si se tiene en cuenta lo que pasa en la inmensa mayoría de las curaciones de meningitis granulosa, debo creer que mi enfermita está muy sujeta á una recidiva.

8.^a La afasia puede acompañar á esta afeccion en todos sus períodos; puede tambien preceder á todos los demás síntomas; y puede subsistir, en caso de curacion, cuando ya han desaparecido todos. Que yo sepa, mi observacion, es bajo este último punto de vista, única en su género (1).

9.^a La meningitis tuberculosa, localizando sus lesiones preferentemeute en un punto, puede servir, contra toda apariencia para el estudio de las localizaciones cerebrales. Así es, que todos los hechos de meningitis tuberculosa en que ha habido verdadera afasia motriz ó sea *afasia de Dax*, han confirmado en la necropsia la localizacion de Broca.

(1) Impreso ya esto, ha llegado á mis manos una observacion de Milligan que he citado pocas páginas atrás.

EL CREMÁSTER CONSIDERADO COMO ESTESIÓMETRO.

Con este título publiqué en *La Independencia Médica* (Año XVI, n.º 1), un artículo en que estudiaba la túnica eritroides bajo el punto de vista de la estesiometría (1). Era el primer trabajo que se publicaba sobre este asunto, y como á tal era algo imperfecto. Posteriormente se han dado á luz, en Inglaterra, algunos trabajos sobre la misma cuestion, que en parte confirman mis observaciones y en parte las invalidan. Me propongo hacer un nuevo estudio de lo mismo, más completo y detenido que el primero, por lo que me abstengo de reproducir aquí el trabajo publicado en *La Independencia Médica*.

(1) Puede leerse una traduccion de este artículo en la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, t. II, p. 547, y un extracto en la *Revista de medicina y cirugía prácticas*, núm. 106, p. 456 y en *El Siglo Médico*, núm. 1401.

LA ESPERMATORREA Y LA IMPOTENCIA POR INFLUENCIA PSÍQUICA ⁽¹⁾

I.

La influencia de las más elevadas funciones del cerebro sobre el aparato genital es de las más fuertes y manifiestas. Para conocerla, basta considerar cuánta parte toman la imaginación, el sentimiento de lo bello, las simpatías, etc., en el ejercicio de sus funciones.

Una de las afecciones más terribles que puedan padecerse, la espermatorea, es muchísimas veces producida por la sola acción de una imaginación exaltada, de temores exagerados ó de juicios erróneos.

Gran mal han causado las obras francesas que de aberraciones y enfermedades genésicas tratan, pues pretendiendo corregir el onanismo y otros tan detestables vicios, en la edad juvenil frecuentísimos, no sólo no logran este objeto, sino que llevan muy á menudo á una hipocondría, que debemos llamar *genésica*, de la que los dolientes se libran muy difícilmente.

Los jóvenes que leen las obras de Tissot y de los autores de su escuela, se fijan en los más ligeros desarreglos genitales, dándoles exagerada importancia, y á veces un simple fenómeno normal, como una polución nocturna, les parece una enfermedad incorregible y que forzosamente debe conducirles á la muerte. Digo todo esto, porque conozco varios ejemplos de espermatorea causada por los temores producidos por la lectura de las obras antes citadas ó por relatos asustadores, de modo que me extraña muchísimo que Lallemand, en su bellissimo tratado de las *Pérdidas seminales*, no conceda un lugar á esta circunstancia etiológica.

(1) Este escrito fué publicado en la *Revista frenopática* (año I, páginas 138 y 225.) Fué copiado íntegro por *La Independencia médica* (año XVI, n.º 24), por *El alumno médico* (t. II, p. 227), y por el *Boletín de medicina y cirugía de Jaen* (t. III, n.º 44).

De los varios ejemplos que podria citar, apuntaré solamente dos.

1.º Un niño de 12 años, que no se habia mansturbado nunca, tiene en largo espacio de tiempo solo dos ó tres poluciones matutinas, pero como ignora lo que son, pues es para él un fenómeno nuevo, anda en busca de una explicacion de lo que le pasa (1).

Cae en sus manos la *Patología interna* de Grisolle, y lee en ella que las poluciones nocturnas son el primer período de la espermatorea, y que esta no tardará en hacerse diurna. En dicha obra, como en casi todas las francesas que de esto se ocupan, se pinta con fúnebres colores el cuadro de tal enfermedad y se hace de ella un gravísimo pronóstico. Dicho niño, muy nervioso y excitable, pero por otra parte bien constituido y sin ninguna condicion local ni general que explicase la aparicion de una espermatorea, empieza á creerse víctima de esta enfermedad y á tener fijo su pensamiento en el estado de su aparato genital. Cree primeramente que, ya que el sémen se le derrama durante algunas noches, su aparato genital debe estar atónico, y con esta idea fija en su mente, ve cada dia hacerse más raras las erecciones. No tarda en aparecer espermatorea diurna, la que dura hasta los 19 años, habiendo pasado su juventud muy débil y flaco, con carácter muy distraido, tanto que sus condiscipulos le daban el sobrenombre de *Paganel*, y con poca disposicion para los trabajos mentales profundos. Pasó estos siete años víctima de una profunda tristeza. No haré una descripcion completa de su estado, pues me propongo en tiempos venideros hablar otra vez de este caso, que varios detalles que aquí callo hacen sumamente interesante. Convéncele el Dr. Pagés á este jóven de que su enfermedad era debida á gran excitabilidad de la piel de su glande, por estar cubierta continuamente por el prepucio (debo advertir que no tenia fimosis), y la consecuencia de esta opinion fué que se le hiciese la circuncision. Como el enfermo no sabe atinar en otra causa de su enfermedad que la que el Dr. Pagés le dijo, queda en la conviccion de que ya no hay motivo alguno para que se sostenga, y desde aquel dia no tiene ni un solo derrame de esperma, y las erecciones que habian faltado

(1) Esto prueba que los padres deberian dar á sus hijos de ambos sexos algunas nociones sobre la nueva vida en que entran cuando llegan á la pubertad. De todos modos, ellos sabrán todo lo que con tanto cuidado se les oculta, porque la curiosidad del niño sobre estas materias es extremadamente viva. Si los padres siguiesen este consejo, dado ya por Monlau, se evitarian muchas veces detestables hábitos ó afecciones tan terribles como la de que trato.

durante siete años, vuelven tan fuertes como en estado normal. Por lo súbitamente que desapareció tan antigua afección, creo que la circuncisión obró más bien moralmente que modificando las condiciones materiales del aparato genital. Por fin, debo advertir que ya fuese por falta de erecciones, ya por horror á todo lo que pudiese agravar su miserable estado, el enfermo en cuestion no se masturbó nunca.

2.º Un amigo (1) del jóven de que acabamos de hablar, óyele pintar con vehemencia y con los tétricos colores que un hipocondríaco gasta siempre en el relato de sus padecimientos, la afección que hemos referido. De un temperamento nervioso puro, dicho amigo está impresionado vivamente por la narración del espermatorréico, y se fija en que la enfermedad de este comenzó por poluciones matutinas. Preocúpale que él las hubiese tenido con frecuencia en aquellos días y se cree abocado á una afección igual á la de su amigo. No tarda en notar que despues de la defecación ó de la micción aparece en el meato urinario una gotita de un líquido gomoso que mancha la camisa. Va con su amigo á casa del hábil é inteligente especialista en afecciones del aparato gérito-urinario, Dr. Pagés, y este reconoce al microscopio la existencia de espermatozoides en dicho líquido. Continúa algunos días el derrame diurno de sémen, pero felizmente para este jóven, su amigo se hace circuncidar al poco tiempo y, gracias á esta operación, se cura, como ya hemos referido, de un modo rápido y completo. Cree en vista de esto que la circuncisión ha de curarle, pues también ha tenido toda su vida el glande cubierto por el prepucio, pero no queriéndose sujetarse á una operación que podía muy bien ser sustituida por la retracción del prepucio detrás del glande, hizo esto último y curó, gracias á este sencillo medio, tan prontamente como su amigo.

Bastan los anteriores ejemplos para probar que una simple influencia intelectual puede por sí sola producir una espermatorrea, la que puede curarse por una influencia de igual género. Esta causa de tan enojosa afección es más común de lo que generalmente se cree, de modo que, á mi entender, los autores no le han dado la debida importancia. En muchos casos, la causa productora ha sido otra que la de que hablamos, pero contribuye en casi todos ellos á sos-

(1) Este jóven, cuando sucedió lo que voy á relatar, tenia 19 años y hacia más de tres que no se masturbaba, pues habiendo conocido lo nocivo al paso que vergonzoso que es el onanismo, tuvo fuerza de voluntad suficiente para abandonarlo completamente. Como su amigo, no tenia en su organismo ninguna circunstancia que explicase la aparición de la espermatorrea.

tener y á agravar la afeccion el desarreglo de la imaginacion y el estado hipocondríaco que á tal enfermedad constantemente acompaña.

En los casos en que la espermatorrea es debida únicamente á influencia psíquica, vemos que, á pesar de la aparente tenuidad de la causa, puede dicha afeccion eternizarse, sumiendo al enfermo por largo tiempo en la mayor infelicidad y llevándole muchas veces á una tisis ó á otras enfermedades no ménos funestas, y podeis creer que todo esto sucede porque el médico no ha sabido conocer debidamente el punto de partida de la afeccion, y por lo tanto, por no haber aplicado el sencillo medio que basta para desvanecerla. Siempre lo sencillo ha sido lo más ignorado, porque ¿quién quiere rebajarse ocupándose de lo *sencillo*? A esto se debe que muchas afecciones comunísimas apenas son estudiadas, por lo que quedan poco conocidas y peor tratadas.

Basta para la curacion de la espermatorrea por influencia psíquica el dar á conocer al paciente el por qué de su estado y lo infundado de sus preocupaciones, ó si se quiere seguir otro sistema, obrar sobre su espíritu por medio de una operacion ú otra intervencion activa, que se procurará crea firmemente que ha de llevarle de un modo seguro á la curacion.

II.

En la parte primera de este artículo he tratado de la espermatorrea; en esta debo ocuparme de la impotencia de causa psíquica, ó sea desarrollar la segunda parte del enunciado.

Esta especie de impotencia es más comun que la espermatorrea de igual índole, pero es más fácilmente curable.

En esta afeccion hay, como en todas, diversos grados, desde uno tan ligero que se confunde con el estado normal, hasta uno muy penoso, duradero y en algunos casos de cierta trascendencia para la felicidad del individuo afecto.

El grado más ligero, el que pertenece de lleno al estado normal, es el que presentan aquellos individuos que estando bien organizados y muy aptos para el coito, se acercan á una mujer con el miembro viril en perfecta ereccion, pero que notando en ésta algun defecto fisico ó moral, sienten hastío, ven desaparecer toda ilusion erótica, cesa por esto la tension del pene y, por lo tanto, no pueden verificar la cópula. Todo el mundo conoce de esto infinitos ejemplos. Citaré de paso los siguientes: un jóven no pudo efectuar el coito, para el que estaba muy dispuesto pocos momentos antes, porque

vió que la meretriz tenía las mamas muy flácidas y caídas; á otro le sucedió lo mismo por haber notado que los genitales de la prostituta estaban algo sucios; en otro caso, una de éstas despedía por su boca fuerte olor de aguardiente, por lo que el individuo que con ella yacía no pudo hacer entrar su miembro en erección; y, por fin, en otra ocasión, una palabra mal sonante poseyó igual acción anafrodisiaca. Todo esto no es en modo alguno anormal; aun más, sería poco honroso para cualquier individuo el que pudiese verificar la cópula en iguales condiciones. Así, pues, esta impotencia desaparece con la causa productora, y esta causa, como veis, dura solo corto rato.

Otro grado de impotencia algo ménos normal, aunque no merezca el nombre de patológico, es el de aquellos que al intentar por vez primera el coito, sienten tal emoción, que ésta destruye completamente el sentimiento erótico. Consiste esta emoción en una especie de vago temor, mezclado con fuertes deseos y viva curiosidad. Este temor, que el mismo que lo siente sabe cuán infundado es, y que sólo depende de la impresión que siempre causa la proximidad de la revelación ó averiguación de algo desconocido (1), es siempre incompatible con la función copulativa. Por él, dos jóvenes estudiantes vieron frustrada su primera tentativa de coito, mientras que más tranquilos pudieron efectuarlo á la segunda. Pero á veces no queda reducido todo á tan poca cosa. Algunos individuos se persuaden de que el poco éxito de su primera tentativa se debe á alguna imperfección de sus genitales, y esta preocupación hace inútiles una serie de ensayos subsiguientes. Cada coito frustrado aumenta la preocupación del enfermo y, por lo tanto, acrecienta el mal. Esto les sume en profunda tristeza; algunos se creen desterrados para siempre de la vida genital; otros se preocupan de lo incierto de su estado y son atormentados por la molesta duda. Un joven, cuya aptitud genésica es perfecta, que siente para las mujeres igual inclinación que cualquier otro hombre, y que lejos de ellas tiene perfectas erecciones, no ha podido nunca efectuar el coito. Al principio causaba su impotencia la emoción que hemos apuntado; ahora ya conoce la causa de su estado, pero le pasa lo mismo, porque, según me dice, *tiene miedo de su miedo*.

Conozco un caso de impotencia por influencia psíquica,

(1) Un joven del pueb'lo expresaba gráficamente este sentimiento, diciendo que, al acercarse el momento de su primer coito sentía la misma impresión que si hubiese de encontrar en la vagina de la mujer una víbora dispuesta á morderle.

que se acerca bastante á los de este grupo, al que, sin embargo, no pertenece. Como es muy excepcional, no puedo dejar de relatarlo. Se trata de un jóven de 16 años, que desde su primer coito (que no presentó nada de particular) hasta pasados más de tres meses no tuvo ni una sola ereccion, ni sentia ningun efecto erótico en presencia de mujeres. *Vivo de igual modo que si no tuviese sexo*, me decia este individuo, que, sin duda, sufrió en su primera cópula una para mí desconocida modificacion cerebral causadora de tan inesperado fenómeno. Le convencí de que su estado dependia pura y simplemente de una imaginacion extraviada, y tres meses despues de su desliz, se encontró en aptitud de repetirlo.

La impotencia de causa psíquica más importante y que constituye una de las formas más dignas de estudio es la que sobreviene en los primeros tiempos del matrimonio. La circunstancia productora es leve, levisima, quizás una impresion, pero las consecuencias, á veces graves y duraderas, hacen de este desarreglo genital un verdadero estado patológico.

A veces, sea por el influjo cerebral que se quiera, algunos individuos se vuelven impotentes, cuando su matrimonio se aproxima, pero en el acto de la consumacion de este tal impotencia se disipa. Así pasó á un distinguido médico de esta ciudad, que no tuvo erecciones durante los tres meses que precedieron á su matrimonio.

Pero hechos de esta índole, si bien algo curiosos, no merecen ocuparnos más largo rato. Estamos en el terreno más flojo y movedido de la Patología y es fácil encontrar infinitas formas, cuya causa no es siempre de fácil determinacion.

Pero lo que á la impotencia que debemos llamar nupcial se refiere, es mucho más importante y merece ocuparnos por más largo tiempo.

Es muy sabido que en la noche de bodas las dificultades para la consumacion del matrimonio son frecuentemente numerosas; pues bien, una de las más comunes es la impotencia del esposo. Este, poco tiempo antes, poseia todo su poder genésico y se prometia cumplir valientemente su deber; pero sucede á veces que no puede efectuar el acto genésico, sea porque sufra algo de aquel temor de que hemos hablado, sea por la misma intensidad de sus deseos, ó porque las dificultades que en la consumacion del coito encuentra, debidas á causas bien sabidas ó fáciles de adivinar, le han hecho perder los momentos oportunos.

En otros casos, lleva á igual resultado la eyaculacion prematura del sémen, producida algunas veces por la vehemencia del deseo. Si en las primeras tentativas no se obtiene

buen resultado, empieza el novio á sufrir cierta ansiedad, que, como todo pensamiento molesto, es enemiga de la Vénus. Esta ansiedad, si los ensayos continúan sin éxito, se convierte más tarde en enfado, luego en cólera y todo va mezclado con gran dosis de vergüenza. Se toma entonces el coito como una obligacion que es preciso cumplir so pena de pasar por un miserable engañador ó cuando ménos, causar poco favorable impresion á quien, al contrario, deberíase inspirar sentimientos amorosos. Al llegar á esta disposicion de espíritu, muchos tardan en encontrar feliz solucion; bastantes casos se han visto de pasar más de un mes sin consumarse el matrimonio. Calculad el malestar íntimo de los dos esposos; él, avergonzado al par que iracundo; ella, á quien el pudor obliga al silencio, considerándose engañada y sujeta para siempre á enojosa coyunda; y ambos, violentos y disgustados de tener que representar repugnantes escenas, ¡que en este mundo siempre es repugnante lo que no tiene éxito! El supersticioso vulgo busca frecuentemente la causa de esto en los maleficios; las personas de más elevado nivel social se encuentran ante un fenómeno cuya causa les escapa y que, por lo tanto, con mayor razon los desespera.

No creais que todo esto sean miras teóricas; todos los prácticos ven de esto muchos ejemplos. Y bueno será que noteis, que dada la frecuencia de tales hechos, este estudio tiene verdadera importancia social, ya que se trata de una cuestion que tiene mucho que ver con la felicidad de familias enteras.

¿Cómo deberá tratarse esta impotencia? Muchos médicos creen ver en ella el producto de una atonía genital, considerada casi siempre como secuela de excesos sexuales. Consecuentes á esta idea, tratan este estado con tónicos y excitantes, medicamentos que no mejoran absolutamente nada la situacion del enfermo, cuyo desaliento aumenta y cuya afeccion se afirma al ver que se estrellan contra su mal los esfuerzos del facultativo. Nada de esto debe hacerse; tan solo debe usarse el tratamiento causal. ¿No es la causa puramente cerebral? Pues bien, neutralizarla con otra adecuada y de igual índole. La curacion seguirá segura y prontamente al uso de este medio. Será preciso gran tacto en la eleccion de medios, pues si por no ser ésta acertada resultan infructuosos los primeros, será más difícil la completa eficacia de los que luego se empleen. Deberemos, por lo tanto, tener especial cuenta de la instruccion, posicion social é inteligencia de los enfermos, así como de la opinion que se hayan formado de la naturaleza de su afeccion. Así, pues, cuando los enfermos son supersticiosos y creen en una intervencion sobrenatural

ó cuando ménos misteriosa, deberá obrarse en consonancia con su creencia, en lugar de pretender desvanecerla. En el terreno intelectual del vulgo, nada hay tan firme é incontestable como lo que no tiene fundamento.

Conozco un notable ejemplo de curacion debida al medio, en el párrafo anterior preconizado. Se presentaron á un célebre médico, cuyo nombre no recuerdo, dos jóvenes casados ocho dias antes. Quejáronse amargamente de que á pesar de su robustez, de su juventud, de su mucho amor y de sus no menores deseos, no habian podido efectuar el coito porque una persona envidiosa de su felicidad habia embrujado los genitales del novio, y estos, desde la bendicion nupcial, no daban la menor señal de vida. Examinó el tal doctor al hechizado y á su consorte, y observó que eran dos séres perfectos en cuanto á conformacion. Se vió, pues, obligado á atribuir su estado á un desarreglo mental y se decidió á emplear un medio que tan solo obrase sobre su imaginacion. Dijoles, tomando un tono firme y severo, que conocia ciertos conjuros para desvanecer los efectos de tales sortilegios y que por favor especial los emplearia en tan lastimoso caso. Creyeron sus aseveraciones los desolados novios y se prestaron á la *farsa terapéutica* con la mayor buena fé del mundo. Tomó el improvisado nigromante un rancio y apolillado volúmen, pronunció en estrambótica y jamás estudiada lengua bárbaras é ininteligibles frases, dió la bendicion á los desnudos genitales de los desconsolados novios, y envióles luego á su casa, no sin haberles antes asegurado con el mayor aplomo que, estando disipado el encanto, podrian cumplir durante la próxima noche sus deberes matrimoniales. No dicen los libros si esperaron tanto, pero sí aseguran que al dia siguiente se presentaron muy contentos á dar las gracias á su filológico desencantador.

Si los pacientes poseen mayor cultura intelectual y si están libres de preocupaciones semejantes á la referida, bueno será emplear un medio que al doctor Giné ha dado excelentísimos resultados. A mi entender, su narracion es lo verdaderamente importante de este escrito. Cuando personas en las condiciones pedidas al comienzo de este párrafo, se presentan al Dr. Giné para que les trate una impotencia perteneciente al último grupo que he estudiado, toma dicho doctor la *Patología interna* de Niemeyer y les hace leer la página en que este autor tan bien describe esta forma de desarreglo genital. Al leer que su estado solo se funda en una perturbacion mental y que basta que abandonen sus preocupaciones para que se disipe, regresan á su casa satisfechos y á la primer tentativa de coito conocen que están curados. Quince

veces ha usado el citado práctico tan sencillo medio y en todos ellos ha obtenido el apetecido resultado. ¿Por qué, me direis, se ha de acudir precisamente á la *Patología* de Niemyer, y por qué no puede decirse lo mismo de palabra, sin tener que mostrar un libro á los pacientes, cosa que en cierto modo es algo ridículo? A esto bastará contestar, que si es preciso echar mano de dicha obra, se debe á que no hay otra que tranquilice tanto á los enfermos, y que si el decirles de palabra la verdad no es tan eficaz, se debe á que los enfermos desconfían del médico, á quien creen dispuesto á ocultarles la verdadera causa de su enfermedad para no entristecerles. En cambio ¿qué desconfianza pueden tener de una obra que no se ha escrito expresamente para ellos, y que, por lo tanto, no tendrá interés alguno en alterar la verdad?

Por fin, haré notar que es injustificado el olvido en que se tiene á tan comunes afecciones. Pasan años enteros sin que sobre la espermatorrea y la impotencia en general se escriba nada importante. Y á pesar de todo, la primera no sólo es afección frecuentísima, sí que también puede conducir á la muerte, y la segunda, no ménos común, sume en gran infelicidad al que la sufre. Encuentro, sin embargo, un motivo que explica en parte este descuido, y es que los enfermos de estas afecciones las ocultan tanto como pueden, y casi siempre esperan para consultar al médico á que su situación se haga insostenible.

*
* * *

De lo dicho se concluye lo siguiente:

1.º Que la espermatorrea y la impotencia pueden ser, no tan sólo agravadas, sí que también producidas por un des-arreglo mental.

2.º Que el medio curativo, cuando son producidas completamente por el extravío de la mente, consiste en una influencia del mismo orden.

3.º Los medios farmacológicos serán completamente ineficaces como á tales en la curación de estos accidentes morbosos. Sin embargo, serán útiles si se llega á convencer al enfermo de que su empleo ha de curarle.

4.º Que para la atinada aplicación de los remedios morales se deben tener en cuenta el nivel intelectual del paciente, su grado de educación, sus preocupaciones y el juicio que se ha formado de su enfermedad.

5.º Que son afecciones estas que, aunque de leve causa, muy comunes, muy penosas y á veces graves y duraderas.

6.º Que la lectura de las obras que de enfermedades genitales tratan, pertenecientes á la antigua escuela francesa, agrava ó por sí sola produce tales afecciones.

7.º Que estas son curadas muchas veces por la simple lectura de las obras que tratan de igual asunto pertenecientes á la escuela alemana. La lectura de cierta página de la *Patología interna* de Niemeyer cura de un modo seguro la *impotencia nupcial simple* de los individuos algo inteligentes, que, por otra parte, son casi los únicos que la padecen.



EPILÉPSIA PSEUDO-GÁSTRICA (1).

OBSERVACION PRIMERA.

Epilepsia traumática, primero parcial ó jaksoniana y luego general, precedida de jaqueca oftálmica. Aparición de fenómenos gástricos, por lo que dicha epilepsia habria podido falsamente ser considerada como gástrica.

Isidro Busquets Pijoan, de 28 años, soltero, arriero, natural de San Hilario, entró, en 11 de Noviembre de 1881, en la visita del Dr. Esquerdo, ocupando el núm. 2, cabeza, de la Sala de Santa María. Su padre murió á los 67 años; su madre sucumbió á los 49 y ninguno de los dos sufrió ataques convulsivos. No los han presentado, segun dice, ninguno de sus hermanos ni próximos parientes. Asegura no haber padecido de otras enfermedades que dolores reumáticos cuando pequeño y una pulmonía á la edad de 24 años. Tuvo una blenorragia, pero ésta fué la única afección venérea que habia sufrido. En su cuerpo no pude encontrar señales de sífilis.

En cierto dia de 1871, en que era portador de 150 duros, pertenecientes á su padre, robáronle unos hombres, los que le derribaron y echaron sobre su cabeza dos ó tres grandes piedras, que le hicieron profundas heridas y dos de ellas le fracturaron el cráneo. Aun hoy se encuentra un profundo surco en el parietal izquierdo, en donde existió la fractura, la que estaba más cerca del borde anterior que posterior del hueso, corriendo paralela á la sutura biparietal á la distancia de 4 centímetros de la misma. Marcha este surco del borde anterior del parietal, se dirige atrás y tiene una longitud de 6 centímetros. Está á la distancia de 12'5 centímetros del orificio del conducto auditivo externo. Una línea vertical, que

(1) Trabajo leído en el Congreso frenopático de Nueva Belen. 1883, y publicado en la *Gaceta médica Catalana*, año VI, n.º 152, 31 Octubre, 1883.

pase por éste, encuentra á dicha depresion ósea en la union de los dos tercios anteriores con el posterior.

En la parte izquierda de la frente hubo otra fractura de la que queda como señal una depresion del hueso, lisa y circular, como si hubiera sido hecha por la presion del pulpejo del pulgar sobre cera. Esta se encuentra á tres centímetros de la línea media; tiene tres centímetros de diámetro; su límite externo está á poca distancia de la cresta temporal del frontal, y el inferior dista tan solo 18 centímetros del réborde orbitario.

A consecuencia de este percance, guardó cama 12 dias, pero no se encontró bien hasta pasado un mes. Desde que le hirieron, comenzó á tener ataques de jaqueca oftálmica. Durante 7 á 15 minutos se le enturbiaba la vista y veía una luz dentro de un círculo luminoso. Al mismo tiempo se le adormeció el brazo derecho y á veces tenia calambres en el mismo (*adormiment y rampa*, segun decia en catalan el enfermo). Seguía á esto un dolor de cabeza, que se limitaba siempre á la parte izquierda y anterior del cráneo, esto es, en el mismo lado de la fractura del parietal. Estos ataques se repitieron muy amenudo. La parte derecha de la cabeza y el ojo derecho nunca se afectaron hasta que comenzaron las convulsiones. Bien es verdad que tuvo á veces un dolor en la parte derecha del cráneo, pero era muy ligero y no iba acompañado de perturbaciones visuales, mientras que el de la parte izquierda era intensísimo. Este empezaba en el centro de la frente é iba extendiéndose hácia fuera y atrás.

Al cabo de un año empezaron los ataques de epilepsia parcial, de la que tuvo algunos. Empezaba el acceso por una sensacion de latido en la parte media del antebrazo derecho, que no era más que la que daban una série de contracciones de los músculos del mismo. Estas contracciones iban extendiéndose hasta ocupar todo el miembro, al paso que en el cerebro habia disminucion de conocimiento y que perdia de vista los objetos, especialmente en el ojo izquierdo. El brazo derecho entretanto se contraía clónicamente. Estos ataques duraban de 4 á 8 minutos.

Hacia la guerra á los carlistas en calidad de voluntario. En 1873, en el mismo dia del ataque de Igualada, andaba algo rezagado, cuando le salieron al paso unos carlistas y le dispararon, de muy cerca, algunos tiros, con lo que recibió un fuerte susto. Al cabo de tres meses de este suceso, tuvo un ataque de epilepsia con pérdida de conocimiento. Cuando empezaron estos nuevos ataques no habia aun ningun síntoma de la afeccion de vientre que compareció despues. Estos accesos epilépticos completos comparecian cada dos meses ó

tres; se hicieron luego más frecuentes; de modo que en 1879 los tenía cada ocho días. En 1881, cuando examiné al enfermo; los sufría cada tres ó cuatro meses.

Estos ataques de epilepsia constantemente se han conducido del mismo modo. Comenzaba por sentir ansiedad, (*Defalliment*, decía él) en el epigastrio, á lo que seguía un dolor de cabeza siempre mayor en la parte izquierda. En seguida aparecían contracciones en el antebrazo, que le daban la sensación de latidos en la masa muscular del mismo; luego todo esto se extendía al brazo; continuando las contracciones, se iban doblando, con gran fuerza, los dedos y despues el miembro entero, entraba en una violenta convulsion clónica, acercándose por flexion el antebrazo al brazo, dirigiéndose el último hácia atrás. Durante este período se podía detener el ataque casi siempre haciendo un violento masaje en el brazo. Como él creía que con esto echaba hácia abajo lo que producía el ataque, y lo impedía subir á la cabeza, tenía buen cuidado de pasar con fuerza la mano izquierda por el brazo, comprimiéndolo repetidas veces de arriba abajo pero nunca de abajo arriba. Si bien así conseguía detener el ataque, que sin tal maniobra era inevitable, éste volvía invariablemente á los dos ó tres días y entonces su principio era algo brusco y no tenía tiempo de detenerlo.

Volvamos á la descripción del ataque. Las contracciones del brazo subían hasta la cara, de modo que la mitad derecha de ésta hacia una horrible mueca, mientras que la izquierda quedaba natural. La cabeza se inclinaba á la derecha por contracción de los músculos de esta mitad del cuello. Con todo esto sufría mucho, lo que le obligaba á prorumpir en un violento grito. En seguida los accidentes se extendían al cráneo y perdía el conocimiento. Su familia le decía que entonces tenía convulsiones generales, espuma en la boca y los dedos doblados; á veces pasaba un cuarto de hora antes que recobrase el conocimiento. En los ataques, que comenzaban bruscamente, caía y se hería; en algunos se mordía la lengua. Pero en la mayoría de los ataques tenía tiempo sobrado para elegir el sitio en donde caer.

Despues del ataque, estaba todo el día atontado y abatido; se encontraba cansado; á veces quedaba comatoso; á veces tenía delirio. En los primeros momentos de haber recobrado el conocimiento, no recordaba lo que le había pasado antes de perderlo.

Cuando se acabó la guerra, empezó á sentir dolor en el estómago despues de las comidas y tuvo fuertes hematómesis que se repetían cada dos ó tres semanas. Tenía á veces, fuera de las horas de las comidas, tremendos dolores epigástricos;

que no coincidían nunca con los ataques epilépticos. A los cuatro meses cesaron los fenómenos gástricos, para volver dos años después. Sucedióle esto último en Gerona, cuando trabajaba en una fábrica de cemento. Vomitaba entonces casi todo lo que comía, al cabo de un cuarto de hora de haberlo ingerido, quedaba con abatimiento (*flaquesa*, decía él) y con un dolor más abajo del ombligo. Tenía muy amenudo cefalalgia izquierda y frecuente diarrea. Tuvo que dejar por tres veces el trabajo.

Estuvo tres semanas tomando aguas en San Hilario, donde se puso bien, pero esta mejoría solo duró cuatro meses. Ha tenido diversas alternativas de mejoría y empeoramiento hasta que se decidió á entrar en el Hospital de Santa Cruz de Barcelona. Dos años atrás, ó sea en 1879, era cuando se encontraba peor del estómago, en cuyo tiempo los ataques epilépticos se repetían con mayor frecuencia.

Si bien al principio de las alteraciones del tubo digestivo, éstas se mostraban del todo independientes de los ataques epilépticos, en 1879, se ligaron íntimamente los dos órdenes de fenómenos. Aparecían desde dicho año dolores sub-umbilicales, que comenzaban con poca fuerza, al cabo de algun tiempo comparecían los epigástricos, aumentaban ambos lentamente, y al cabo de cuatro ó cinco días habían alcanzado una gran intensidad. Todas las hematemesis que había tenido vinieron siempre durante estos fuertes dolores, y aun sólo se presentaban durante los ataques que más se distinguían por su intensidad. Los dolores disminuían al declinar el acceso con la misma lentitud con que habían empezado. Desde 1879, como ya he dicho, no tenía ningún acceso epiléptico, que no fuera en el curso de los dolores. El enfermo sabía de cierto que tendría el acceso cuando los dolores sub-umbilicales y epigástricos aparecían; el acceso venía á los cuatro ó cinco días de la comparecencia de los dolores y cuando estos habían alcanzado el *máximum*. Así, pues, las hematemesis eran seguidas siempre, desde dicha época, por un ataque epiléptico, excepto en el hospital, donde la única hematemesis que tuvo vino á los seis días de haber sobrevenido un ataque de epilepsia parcial.

Durante los últimos meses que precedieron á su entrada en el hospital, después de los ataques de epilepsia, la inteligencia quedaba durante dos días muy apagada. Su fuerza genital era normal; excepto en los cuatro ó cinco días que suceden al acceso de epilepsia ó durante los dolores abdominales, en cuyos casos la pierde del todo. En los cinco ó seis días que suceden á los ataques ve toda clase de luces con una aureola luminosa.

Sabia que el acceso epiléptico tenía que venir cuando el dolor del vientre adquiría mucha intensidad; pero no sabía en qué momento vendría, y aunque siempre se lo advertía la sensación de latido y las contracciones del brazo, como muchas veces el masaje no bastaba á impedirlo si la pérdida de conocimiento llegaba con más rapidez de lo que creía, caía y se hería.

Cuando lo examiné, encontré muchas cicatrices, que recordaban á estas caídas; había una transversal, lineal y blanca en el occipucio, dirigida transversalmente, llegando desde la línea media hasta más allá del borde superior izquierdo del occipital por encima de la protuberancia del mismo. En la frente tenía una sola cicatriz lineal en la extremidad interna de la ceja derecha, y en cambio un gran manojó de cicatrices con mucho abultamiento de la piel y color rojo de la misma, existía en la parte externa de la ceja izquierda, lo que era debido á que al caer siempre se inclinaba á este lado. El hueso está abultado debajo de este ovillo de cicatrices, fenómeno que ha sido señalado hace pocos años por Méricamp.

En el momento de su entrada en el hospital, hacia siete semanas que no había sufrido el ataque epiléptico. Tenía temblor, frío, dolor epigástrico, lengua blanca, diarrea, cefalalgia intensa, mayor en el lado izquierdo. Algunos días antes había tenido hematómesis. Desde algun tiempo antes sentía en la region epigástrica, fuertísimas punzadas así como una cefalalgia tan intensa que para no caer tenía que apoyarse en la pared. La ingestion de alimentos determinaba un dolor gástrico al cabo de dos ó tres cuartos de hora, dolor que iba acompañado de eructos y pirosis. Quejábese á más de dolor en el reborde costal derecho, al lado del apéndice xifoides con irradiaciones lumbares hácia la derecha. El hígado tenía las siguientes dimensiones: altura esternal, 10 centímetros; mamilar, 9, y axilar, 8. El choque cardíaco se hacia en el cuarto espacio, en la línea vertical mamilar; en el sentido trasversal la macicez cardíaca medía 5 centímetros. La sonoridad pulmonar y los ruidos respiratorios eran normales. El enfermo está bien conformado; es alto, ancho de pecho, tiene buen color de cara, inteligencia despejada, de carácter vivo y amable. La circunferencia de la base del cráneo, con cabellos mide 56 centímetros. El cráneo está bien conformado, si se exceptúan las dos depresiones debidas á las piedras que los ladrones le echaron sobre la cabeza.

Se le dispuso como tratamiento: sulfato de sosa 30 gramos, en tres papeles, uno cada mañana en un vaso de agua.

Desde este día, ó sea desde el de entrada en el hospital, mejoró de los síntomas gástricos, y en 21 de Diciembre, esto

es, á los 40 de su ingreso, me aseguró el enfermo que se hallaba del todo bien. Durante su estancia en el hospital tuvo una hematómesis. En todo este tiempo siempre tomó leche y al principio pasó 20 días con solo caldo y leche, á los que siguieron seis días en que se le permitió tomar huevos. Después se le administraron alimentos sólidos. Nunca se le concedió vino.

En 24 de Diciembre le mido los extremos superiores, y hallé lo siguiente: una vez puestos en relajación; brazo derecho, 26'5 centímetros; izquierdo, 25'5; antebrazos, en la parte más gruesa, 26'5 ambos. Está algo flaco; tiene la lengua limpia y húmeda; no siente dolor ni malestar en el abdomen ni latidos en los brazos (*sub-sub* que dice él). Las funciones digestivas están bien. Las pupilas regulares é iguales. Aun le molesta algo la cefalalgia izquierda.

Pocos días después salió en muy buen estado, pero supe que pasado algún tiempo había vuelto con todos los antiguos males y que en el hospital había tenido ataques epilépticos y hematómesis; pero con gran pena mía, una multitud de causas me impidieron ir á examinarlo.

Resúmen.—Individuo sin antecedentes neuróticos, que después de un traumatismo cerebral, con fractura de dos huesos craneales, presenta ataques de jaqueca oftálmica del lado de las fracturas. Luego sigue á esta una epilepsia parcial, verdadera epilepsia jaksoniana, localizándose siempre en el mismo miembro superior, que es el del lado opuesto al de los traumatismos craneales. Dicha epilepsia era probablemente debida á la herida del parietal. Sea espontáneamente, sea á consecuencia de un susto, la epilepsia parcial se convirtió en general, pero empezando siempre el ataque por el miembro que antiguamente lo sufría exclusivamente. El ataque podía ser evitado á veces por la compresión del miembro. Por lo demás dicha epilepsia general, evidentemente de origen cortical, no se distinguía de la llamada epilepsia esencial ó verdadera epilepsia. A mi ver, la distinción entre ataques epileptoideos y epilépticos es algo arbitraria. Tiempo hacía que tenía la epilepsia cuando compareció una afección gástrica dolorosa, con hematómesis, cuyos accesos al principio no coincidían con los ataques de epilepsia, pero que por fin las anunciaban y acompañaban siempre.

Considero este caso interesante bajo muchos puntos de vista.

1.º Es uno de aquellos en que la trepanación hubiera podido ser de alguna utilidad, puesto que aun existían dos profundas depresiones óseas que comprimían la masa cerebral.

2.º Demuestra el parentesco y frecuente asociacion de la jaqueca oftálmica y la epilepsia. En efecto, se ve claramente que la jaqueca oftálmica se transforma, primero en epilepsia parcial y luego en epilepsia general. Este parentesco de ambas afecciones habia sido ya demostrado por Liveing, Feré, Sieveking, Marshall Hall, Hughlings-Jakson, Charcot, Raullet y Grasset.

3.º Es un hermoso ejemplo de epilepsia cortical.

4.º Prueba que la epilepsia, propiamente jaksoniana ó espontáneamente ó bajo la influencia de un susto, puede transformarse en epilepsia general.

5.º Concuerda la fractura del parietal con los síntomas convulsivos del brazo, por lo que si no es un caso muy demostrativo (pues hay tambien fractura del frontal), cuando ménos no contradice en nada á la localizacion que se asigna al centro de los movimientos voluntarios del brazo.

6.º Es muy curioso por la forma del aura que precede á los ataques.

7. Su asociacion con fenómenos gástricos podria hacer sospechar que se tratara de epilepsia gástrica, por el estilo de la descrita por Pommay (1), Huchard (2), Eloy (3) y Plá (4); pero aleja esta idea la circunstancia de que los ataques epilépticos precedieron durante muchos meses á la enfermedad gástrica. Más bien podria creerse que los dolores gástricos y las hematemesis eran debidas á la epilepsia. Los primeros podrian ser formas *frustras* de la misma ó simplemente un aura ó pródromo de larga duracion. Los vómitos de sangre podrian colocarse en la misma categoria que las hemorragias de las histéricas tan bien observadas en estos últimos años y de las que yo tengo preciosas observaciones. Por lo menos permite creer todo esto la asociacion de los ataques epilépticos con los dolores y hematemesis.

Poseo un hecho que, bajo este punto de vista, puede juntarse al que acabo de referir.

Vedlo aquí:

OBSERVACION II.—Sala de San Pedro, núm. 21, piés; visita del Doctor Esquerdo. Hombre de 41 años, natural de Lucena (Castellon de la Plana).

Diez años atras los carlistas lo atormentaron extraordi-

(1) *Contribution à l'étude de l'épilepsie gastrique*. En *Revue de méd.*, 1881, p. 449.

(2) Henri Huchard, *Traité des névroses de Axenfeld*, 1882.

(3) Eloy. *Union médicale*, 1883.

(4) Eduardo F. Plá. *Epilepsia gástrica*. En *Crónica médico-quirúrgica de la Habana*, año IX, Julio de 1883, p. 318.

nariamente y quisieron fusilarlo. Como es natural, recibió con ello un terrible susto. Desde este acontecimiento pasó quince días bien, al cabo de los que empezó á sentir dolores durante la digestion gástrica y transcurridos cuatro meses tuvo el primer ataque epiléptico. Durante el primer año de su enfermedad sufrió cuatro hematemesis, perdiendo entre todas ellas de tres á cuatro libras de sangre. Estas no se han repetido nunca más. Siempre ha tenido desde entonces ataques dolorosos poco despues de haber comido, raras veces fuera del periodo de su digestion. Cuando sucede esto último es que han sido provocados por un disgusto. Son muy frecuentes estas crisis gastrálgicas, aunque algunas veces ha pasado dos meses sin tenerlas. Este dolor, que segun dice el paciente, es terrible y aumenta mucho á la presion, lo siente en el mismo reborde costal, á cuatro centímetros á la izquierda de la línea media. Tiene una gran fijeza de lugar, aunque presente irradiaciones. Va acompañado de vómitos penosos y de sudor frio: las materias vomitadas son muy verdes y enormemente amargas. Durante la gastralgia se le abulta á veces el epigástrico. Siente constantemente dolor á la presion debajo del apéndice xifóides. No hay hipertrofia hepática. El resto del cuerpo está bien. Segun me dijo no come nunca alimentos averiados ni poco digeribles: ordinariamente toma tan solo leche y cocido. Todos los alimentos le provocan el dolor con igual frecuencia. Hace tiempo que no toma alcoholicos. Nunca ha aparecido el ataque epiléptico fuera de la gastralgia, y solo cuando ésta ha llegado á su apogeo se manifiesta aquel. Mas no todos los ataques gastrálgicos van seguidos del ataque convulsivo. El ataque epiléptico es semejante en un todo al descrito por los autores. Jamás se lo siente venir; pierde completamente el conocimiento y ha caido infinidad de veces, por lo que su cabeza está llena de cicatrices, que abundan sobre todo en la nuca, lo que prueba que cae casi siempre de espaldas. Cuando empieza á recobrar el conocimiento, nota que no puede abrir los ojos, y cuando puede hacerlo tarda algun rato en reconocer á los presentes. En la inmensa mayoría de veces, pasado el ataque, queda comatoso, á lo que sigue delirio más ó ménos duradero, y de caracter agresivo. Disipado este estado, guarda durante algun tiempo un caracter muy irritable.

Tiene muchas veces despues del ataque, y nunca en otras circunstancias, un dolor en ambas sienes que, dice el enfermo, le parece que una lanzadera pasa continuamente de una á otra. Este dolor lo desespera en extremo, porque, dice, es una de las sensaciones más terribles que pueden experimentarse.

9 Agosto de 1881.—Hoy he presenciado un ataque convulsivo como siempre consecutivo al gastrálgico. Ha sido seguido por coma y luego por irritabilidad de carácter.

10 Agosto.—Tiene el ánimo abatido, y á pesar de ser un tipo muy viril, llora con mucha facilidad. Se empeña en que se le dé el alta, la que se le concede.

* * *

Tanto en este hecho como en el primero que he referido, no se han observado ninguna de las parálisis *post-epileptoides*, que han ocupado la atención de tantos observadores, entre ellos á Bravais, Fournier, Bentley-Todd, Pitres, Charcot y Dutil.

La causa de todo en el último caso, es evidentemente un susto y este produjo la gastralgia, la que parece que por su intensidad provoca la epilepsia. Más, á mi entender, una y otra no son mas que una misma afección. Cuando la gastralgia aparece sola, no hay más que un ataque incompleto; cuando va seguida de epilepsia, no es más que un fenómeno premonitorio. Según creo, las hematemesis de los primeros tiempos de su mal, eran, no manifestación de una úlcera gástrica, sino solo efecto de las perturbaciones nerviosas. En este hecho el tubo digestivo juega mayor papel que en el primero. La afección del último enfermo de que he hablado es más nerviosa que digestiva, puesto que el ataque gastrálgico aparece á veces fuera de la digestión, cuando el enfermo sufre una impresión moral; pero, sin embargo, queda en pié que los dolores se presentan casi siempre poco despues de las comidas, y la epilepsia no sobreviene nunca sin que ántes haya empezado el ataque gastrálgico. Por esto creo que los alimentos obran excitando el pneumo-gástrico, que en este caso debe ser muy excitable y despiertan en él una neuralgia, para la que está, gracias al antiguo susto, en extremo predispuesto.

Si la neuralgia es muy intensa, conmueve fuertemente el encéfalo y provoca el ataque epiléptico. En una palabra, creo que en este enfermo existe en el estómago una *zona epileptógena*. Si quisiéramos conceder mayor importancia en este hecho al tubo digestivo, nos veríamos detenidos, ya por la falta de enfermedad ó lesión en el mismo, ya porque en el intervalo de las gastralgias el enfermo se siente perfectamente bien, ya por la naturaleza de la causa productora, el susto, que solo pudo obrar directamente sobre el aparato nervioso central, y me parece que esta causa productora es innegable, si se atiende al modo como se eslabonaron los hechos. Por

otra parte, casi todos los autores están contestes en dar á los sustos y al miedo una gran importancia, quizás la mayor, en la produccion de la epilepsia.

De todo lo que se deduce, que este caso no es una verdadera epilepsia gástrica.

CONCLUSION.— Las alteraciones de cualquier parte del cuerpo, influyendo sobre el cerebro, por el intermedio de las fibras nerviosas, pueden provocar la explosion de crisis convulsivas, más ó ménos parecidas al ataque epiléptico, las que unos llaman epileptoideas ó falsas epilepsias, y otros las consideran realmente epilépticas ó verdaderas epilepsias. Dejando á un lado esta cuestion, aun no del todo resuelta, debo manifestar que se aceptan muchas clases de epilepsias de origen periférico, de las que las más importantes son la epilepsia-dentaria, la útero-ovárica y la gástrica.

Para que exista epilepsia gástrica es preciso que sea del todo creada por la afeccion estomacal. En todo caso en que la epilepsia sea debida á otra causa, v. gr.; á un traumatismo, á un susto, aunque el ataque epiléptico coincida con alteraciones gástricas, no se tratará de epilepsia gástrica. A veces podrá, á primera vista, confundirse con ésta, por lo que propongo distinguir á tales epilepsias con el epíteto de pseudo-gástricas, con lo al paso que las distingo de las verdaderamente gástricas, indico la curiosa asociacion de los ataques gastrálgicos con los epilépticos.

No entran en la categoría de epilepsias pseudo-gástricas, las epilepsias cuyo ataque presenta un aura epigástrica, de corta duracion, porque esto es un fenómeno muy comun entre las epilepsias vulgares, de modo que yo lo he encontrado muchas veces.

Mis dos casos son ejemplos de epilepsia pseudo-gástrica, porque los ataques epilépticos sobrevienen durante crisis gástricas, pero la causa de la epilepsia no es ninguna afeccion del estómago, sino en el primer caso un traumatismo, y en el segundo un susto. No tan solo la alteracion del estómago no ha producido en estos dos hechos la afeccion central, sino que lo más probable es que ésta ha causado aquella.



CASOS DE AFASIA Y ANTONOMASIA. (1)

1. *Antonomasia probablemente producida por la presencia de la tenia armada.*

Esperanza Per... es una mujer de 62 años, antigua vendedora de carbon, que no sabe leer ni escribir, y que se felicita de no haber tenido enfermedad séria durante toda su vida. Está ahora muy robusta, y más bien gorda que flaca. Hace un año, hallándose pocos instantes antes en buen estado de salud, y andando por la calle, tuvo un vértigo tan fuerte, que dió con su cuerpo en el suelo. Duróla un cuarto de hora la sensacion de vacío en el cerebro, acompañada de ansiedad inexplicable y pérdida de la nocion de lugar y posicion. Me aseguró la enferma que en ningun momento perdió la sensibilidad, la inteligencia ni la palabra. A los quince minutos, desvanecido el vértigo, pudo volver por su pié á su casa, no quedándole reliquia alguna del pasado trastorno. A los pocos dias, encontró en sus excrementos unas cintas blancas que en su ignorancia de lo que eran, no la preocuparon largo tiempo. Enseñólas hace tres meses á una amiga suya, que reconoció en ellas los *cucurbitines* de la tenia. No le produjo muy buen efecto la noticia de que su grave barriga abrigaba tan desagradable huésped, pero sea natural descuido, sea que el acintarado inquilino tuviese cuidado en no molestar á su cómoda y viviente habitacion, el caso es que no se cuidó de consultar facultativo alguno. Lo cierto es que no sentia penalidad alguna; ni tenia picor en las narices, ni sueño agitado; su salud continuaba tan perfecta como siempre. Su apetito no era mayor que de costumbre. No notó sensacion alguna en el vientre. En 30 de Noviembre de 1882, sin que nada lo hubiese anunciado, advirtió de pronto, que no podia

(1) Este artículo fué publicado en la *Revista de ciencias médicas*, (10 de Enero y 10 de Febrero de 1883), y en la *Gazzette medic. di Torino* (5 Aprile 1883).

darse á entender. A ninguna cosa designaba por su nombre, sino por otro que no tenia con él relacion alguna. Una comparacion permitirá dar á comprender lo que en esta mujer pasaba. Supongamos una tabla con depresiones que representen las ideas, con otra tabla sobrepuesta á la primera con dientes que simbolicen las palabras; supongamos, además, que en estado normal á cada depresion se le adapte un diente á la misma exactamente ajustado, (esto es, cada palabra en relacion con la idea que expresa); pues bien, en nuestra enferma, una de las tablas se habria corrido, y cada diente se introducía en una muesca que no le correspondía.

Alarmóse mucho la paciente, y mi señor padre, que es tambien médico, fué llamado á toda prisa á socorrerla. Si se exceptúa la paralalia y cierta alteracion de pulso causada por el miedo, todo lo demás en esta mujer estaba normal. Recetó mi padre: cocimiento de salvia; valerianato de zinc, y una ligera dosis de tintura de corteza de raíz de granado. Al dia siguiente, 1.º de Diciembre, supo que durante la noche no habia denominado nada por su verdadero nombre, pero que á la madrugada habia empezado á acertar algunos términos. Por ella misma se enteró de que no la hacia mal nada y que se encontraba bien. En la tarde del mismo dia ya se explicaba bastante regularmente, equivocando tan solo algunos términos. En 2 de Diciembre, todo habia vuelto al estado normal. La paciente consideraba á su ataque como á un amago de apoplejia, por lo que quiso que mi padre continuase visitándola durante algun tiempo. Quedóse en cama éste, el 9 de Diciembre, y en su lugar fui á ver á dicha señora, á la que hallé en muy buen estado. Me decia que si no sacase *cucurbitines* no conocería en nada que tuviese la tenia. Me refirió sus dos ataques, y me aseguró que durante el último, al momento de pronunciar una palabra conocia que se equivocaba, pero que no lo sabia antes de pronunciarla; prueba de que la ideaba bien aunque la trasmitia mal.

Durante el acceso de *antonomasia* no perdió, ni por un momento, la inteligencia, y estaba poseida del temor de que aquello era una amenaza de hemorragia cerebral. Podia mover perfectamente los labios y la lengua, de modo que las palabras que pronunciaba, aunque mal aplicadas en cuanto á significado, eran emitidas con gran limpieza. Todos estos datos me los ha suministrado mi padre, la misma enferma y dos mujeres que en su compañía viven, y que han estado presentes al ataque de que hablo. No hubo durante el mismo, ni paresia, ni parálisis, ni insensibilidad, ni sensaciones internas.

Cuando yo la examiné no hallé dilatacion pupilar ni nin-

guna otra perturbacion. Ordenéle que pusiese en maceracion en agua dos onzas de corteza de raiz de granado, y que las dejase estar en ella doce dias. En 21 de Diciembre, á la doce de la mañana, la hice beber de una vez toda aquella agua tenífuga; á la una y media tomó una onza de aceite de ricino, y á las tres ménos cuarto defecó una tenia entera, que era de la especie *taenia solium*, larga de más de seis metros. Desde entónces no ha presentado fenómeno morboso alguno, bien que es verdad, que solo han transcurrido doce dias (1).

Esta mujer no era neuropática, ni ha padecido de la matriz. Hace bastantes años que no menstrúa. Tiene en buen estado sus funciones digestivas, y casi puede asegurarse que todo su organismo. No es sifilítica, ni herpética, ni artrítica, ni escrofulosa. No sufre disgustos; vive sola y retirada de su antiguo comercio, de modo que el trabajo que hace, tanto mecánico como psíquico, no puede en ningun modo cansarla. Así es, que no sé á qué atribuir los fugaces ataques que ha presentado, sino á la presencia de la tenia. En efecto, ésta puede estar mucho tiempo sin dar señales de su existencia, y de pronto producir las más distintas perturbaciones nerviosas, de carácter casi siempre fugaz. Esto es lo que pasó en nuestra enferma; largo tiempo padeció de tenia, sin que ésta produjese la menor alteracion, y tuvo en el transcurso de un año dos ataques nerviosos de naturaleza distinta (vértigo en el primero y paralalia en el segundo), ataques muy fugaces, y que no pueden ser explicados por ningun dato anamnésico, ni por el estado actual de la enferma. Tan solo la tenia nos puede servir para explicarlos. Aunque cuando tuvo el primer ataque, no conocia la enferma la existencia del parásito en su interior, tengo la casi seguridad, de que ya la padecia y de que dicha tenia lo produjo. Pueden los enfermos vivir largo tiempo con ella y no saber que la tienen, porque es un entozoario, que á pesar de lo que dicen los autores, casi nunca manifiesta su presencia por síntoma alguno. Bettelheim (*Die Bandwurkrankheit bei Menschen, Samms Klinische Vortrage von R. Volkmann, n.º 166, 1880*) cita el caso de un médico de Manila que debió el conocer su cesto-helminthiasis, á que un terremoto le obligó á abandonar su casa, lo que le forzó á defecar al aire libre, pudiendo ver así sus excrementos y en ellos los *cucurbitines*. Sin esto, dice él, no hubiera llegado quizás al conocimiento de su propia enfermedad.

Atribuyo, como he dicho, á la tenia la afasia que acabo de

(1) Ahora ha pasado más de un año, y durante todo él no ha presentado alteracion alguna en su salud.

referir, pero como puede tratarse de simple coexistencia, y como en estos asuntos se debe ser muy reservado, tanto más, cuanto que es sabido que hay grande tendencia á cargar en cuenta á los entozoarios, todas las alteraciones nerviosas que sean de difícil explicacion, con lo que si la verdad no sale muy bien librada, en cambio el médico disimula felizmente sus apuros diagnósticos; por todas estas razones, digo, dejo al arbitrio del inteligente lector el decidir si es ó no la tenia la causante de la citada *antonomasia*. Yo, entre tanto, daré como cosa muy probable, ya que no segura, dicha relacion de causalidad, no sin apoyar esta mi opinion, no solo en las pocas razones que anteceden, si que tambien en las no ménos valiosas que siguen.

Si bien es verdad que la tenia no se señala comunmente por síntoma alguno, es, á mi entender, cosa indudable, que aun haciendo la parte que les corresponde á las numerosas ilusiones y exageraciones en que en este asunto se ha caido, puede producir infinidad de fenómenos patológicos nerviosos. Referidos por sabios autores, no tan solo antiguos, que en este punto, por razones de todos sabidas, fácilmente se engañaban, si que tambien modernos, he leído casos innegables, en que la tenia produjo accidentes nerviosos más ó ménos graves. Así es que no hay duda, de que los entozoarios han causado algunas aunque no muy frecuentes veces, las siguientes perturbaciones: diplopia, amaurosis, moscas luminosas, dispnea, hipocondria, debilidad intelectual, melancolía, fonacion viciosa, dolores vagos en distintos puntos del cuerpo, catalepsia, salivacion, ninfomanía, amenorrea, aborto, hematuria, hemoptisis, convulsiones generales ó localizadas, palpitaciones, zumbidos de oidos, sordera, debilidad muscular, síncope, lipotimias, locura, vértigo, anestesia, perversion de los sentidos, histerismo, tartamudez, estrabismo, trismo, tétano, hidrofobia, temblor general, pequeñez é irregularidad de pulso, insomnio, parálisis, corea, delirio, dolor en la nariz, vómitos, rechinar de dientes, dilatacion pupilar, irritabilidad psíquica, coma, despertar con sobresalto, pérdidas seminales, epistaxis, tos, cefalalgia, palidez, urticaria y epilepsia. El escéptico Bettelheim, que asegura que él, tan solo ha visto el vómito como síntoma reflejo de la cesto-helminthiasis, se ve forzado á admitir que hay observaciones irrefutables de esta clase de fenómenos, y añade que la teoria no está reñida con los mismos, ya que por la accion refleja pueden fácilmente explicarse. Pues bien; si la tenia dá nacimiento á tantas manifestaciones neurósicas, ¿por qué no ha de producir tambien la afasia y la paralalia? ¿Es tan difícil de explicar ésta, dada la solidariedad é

íntima relacion de unos puntos del cerebro con otros? Talamon, en su bello estudio de las *perturbaciones nerviosas de origen periférico*, publicado en la *Revue mensuelle de médecine et chirurgie*, dice, que no se sabe por qué, aunque es cosa indubitable, que unas mismas alteraciones periféricas pueden producir síntomas reflejos muy distintos. El citado autor y Pommay, en su trabajo sobre la *epilepsia gástrica*, que vió la luz en el citado periódico, afirman que sin que se sepa el motivo, idéntica irritacion en la periferie, v. g., en el intestino, puede provocar fenómenos de excitacion en un caso y de parálisis en otro. Estas perturbaciones provocadas por la tenia, han sido atribuidas por Hallier y Lewis, á desarrollo de cisticercos en el cerebro, pero la poca gravedad de los síntomas, y la falta de pruebas directas, demuestran lo poco fundado de esta teoría. Bettelheim, y con él casi todos los autores, las consideran simples accidentes reflejos. Y á pesar de ser sencillos actos reflejos, pueden revestir tal importancia, que lleguen á causar la muerte. Vogel, cuenta que él negaba la produccion de fenómenos nerviosos graves por la accion irritativa que los gusanos ejercen sobre el intestino, pero que tuvo que abandonar su incredulidad al ver morir á un niño con todos los síntomas de la meningitis aguda, en el que encontró el cerebro y sus membranas perfectamente sanos, y en los intestinos más de cien lombrices, apelotonadas en varias bolas, y que habian enrojecido la mucosa (*Malad. de l'enfance*, 1.^e éd. française, p. 210). Gerhart (*Enfermedad de los niños*, 1.^a edicion española, p. 458), dice que Corradi le ha comunicado el caso de un niño de 16 meses, que murió despues de agitacion y diarrea, y en el que en la autopsia, como única causa de la muerte, se halló una tenia medio-canelata. Todos estos hechos, á mi entender, no son nada extraños. En mi Memoria del doctorado aun no publicada, (*Memoria sobre los actos reflejos que son provocados en el tubo digestivo*), he reunido unas ochenta observaciones inéditas, de alteraciones nerviosas nacidas de lesiones del tubo digestivo. La epilepsia gástrica, descrita por Pommay, la histeria, la disnea por dispepsia, el síncope por flatulencia, la hiperestesia cutánea en el catarro gástrico, etc., etc., son hechos incontrovertibles. La misma muerte súbita en la fiebre tifóidea, es considerada en general como un accidente reflejo, que toma su punto de partida en las lesiones intestinales.

De mis estudios prácticos sobre estos asuntos, me permito deducir, que despues del aparato genital femenino, el tubo digestivo es el punto de nuestro cuerpo que posee más influencia sobre el sistema nervioso, y por su intermedio sobre el resto del cuerpo. Basta considerar lo pronto que se altera

el organismo en las afecciones intestinales, y lo mucho que se perturba el estómago en las enfermedades cerebrales. No fué uno de los mayores errores de Broussais el conceder tanta importancia á la gastro-enteritis: si bien se equivocó en cuanto á su frecuencia, supo muy bien notar su poderosa influencia sinérgica. Se me objetará que la tenia no irrita al intestino con su cuerpo, que al fin, bajo el punto de vista del contacto, puede muy bien ser asimilada á un excremento, y que si bien la cabeza está enclavada en las paredes del tubo digestivo, es tan pequeña, que no pueda ejercer grande influencia sobre la misma. Pero aunque es pequeña irritacion la que produce, no por esto deja de serlo, de modo que si ordinariamente no causa ningun mal efecto en determinados momentos en que el organismo se encuentre en cierta disposicion, que en el estado actual de nuestros conocimientos es imposible de determinar, es fecundo origen de fenómenos reflejos (1). Y no dice absolutamente nada en contra de esta afirmacion, el que la lesion intestinal sea casi microscópica, porque estoy convencidísimo, y ya tuve ocasion de defenderlo en mi Memoria del doctorado, de que las lesiones graves y extensas dan lugar á ménos actos reflejos, que las excitaciones ligeras y circunscritas á corto espacio. Conocido es el caso de aquel soldado que murió súbitamente en el momento de caerle un boton en la laringe, cuando aun no habia habido tiempo de sobrevenir la asfixia. A un conocido médico de Barcelona se le murió entre las manos una señora en el momento de hacerle un ligero corte en la piel. Una erosion del cuello de la matriz provoca mayor tempestad de sintomas nerviosos que el cáncer del mismo punto. Una indigestion y una sencilla dispepsia dan más desfallecimiento, disnea, malestar, soñolencia, etc., que una úlcera del estómago. Una congestion ovárica se hace sentir más que un voluminoso quiste de dicho órgano. Más irresistibles movimientos excitan las cosquillas, que una cauterizacion. Y es que las excitaciones ó irritaciones de nervios aun sanos, son trasmitidas mucho mejor que los sufrimientos de cordones nerviosos destruidos ó alterados en su extremo por una lesion grave.

(1) Ahora creo que la ténia en el caso en cuestion, provocó el fenómeno nervioso descrito, distendiendo forzosamente el intestino, gracias á su apelonamiento. En efecto, cuando la sacó estaba el animal formando un muy grueso ovillo. Ya se habrá leído que en el caso de muerte por lombrices, referido por Vogel, estas formaban varias bolas. Nadie ignora la mala influencia de la distension anormal de los intestinos sobre el sistema nervioso; por esto es tan temible el meteorismo intestinal. He recogido en mi práctica particular tres casos de accidentes sincopales, debidos todos ellos á dilatacion brusca del recto por el líquido de un enema.

Creo que la afasia es una manifestacion rarísima de la presencia de entozoarios. Solo conozco un caso. Daniel Gibson curó una afasia de una niña de 11 años, provocando la expulsion de numerosos tricocéfalos por medio de los calomelanos y el ruibarbo. Seidel ha referido un hecho en que habia afasia coexistente con tenia, pero habia tantas otras perturbaciones, que es de creer que en tal caso existia algun foco morbosos cerebral.

La enferma de que trato tenia, como buena burguesa catalana, un supremo aborrecimiento á la carne cruda, de modo, que segun ella, nunca la habia probado.

Para concluir, haré notar que si bien modernamente los prácticos se inclinan al uso de la pellieterina, y á administrar el purgante antes que el tenifugo, en mi caso quedé vencedor á la primera tentativa, con el uso de la corteza de raíz de granado, y dando el purgante segun el método clásico, esto es, hora y media despues del anti-helmintico (1).

2. *Exostosis sifilitica del temporal izquierdo; afasia.*

Mujer de 40 años, con sífilis terciaria. Fué perdiendo el uso de la palabra, hasta que llegó á una afasia completa. Em-

(1) Esta observacion ha sido reproducida en *The Medical Record, New-York* (14 July 1883), en *Le Courrier médical* (n.º 12 y n.º 21 de 1883), en *El Jurado médico farmacéutico* (27 Enero 1883), y en *Le Journal de Médecine et Chirurgie pratiques* (Mars 1883). En este último periódico, Justo Lucas-Championnière, hacia seguir á la narracion de este caso los comentarios siguientes: «El hecho referido por nuestro honorable corresponsal es muy interesante, si bien que no es absolutamente demostrativo á causa de la edad de la enferma, expuesta, por este motivo, á accidentes vertiginosos ó afásicos de naturaleza diversa. Pero no está en contradiccion con los ya observados; se puede ver, en efecto, en el *Traité des entozoaires*, de Davaine, reunidos la mayor parte de los hechos relativos á perturbaciones nerviosas atribuidas á la presencia de lombrices ó tenias. Son muy numerosas y se ve figurar entre ellas, parálisis, perversion de sentidos, afonia, tartamudez, sordera y tambien afasia. La mayor parte de estos hechos, es verdad, son antiguos y merecen ser comprobados severamente. Sin embargo, hé aqui un hecho reciente (1881) de hemiplegia refleja referido por la *Revue de sciences médicales*, y que ha sido observado por Langer en Alemania. Una jóven de 12 años, enferma desde 8 dias, ha sentido bruscamente debilidad considerable de los miembros del lado izquierdo que no han tardado en verse agitados por movimientos convulsivos, volviendo por accesos muchas veces por dia. Examinando, el médico comprueba á izquierda una parálisis ligera con hemianestesia de los dos miembros y asiste á un acceso convulsivo acompañado de contracciones clónicas de los miembros izquierdos, del esterno mastóideo y estrechamiento de la pupila del mismo lado. Durante el acceso la inteligencia es conservada; al cabo de cinco minutos todo entra en el órden, y la paciente recobra el bienestar. Algunos dias despues, habiéndose encontrado en los excrementos, restos de tenia, fué administrado un tenifugo, y desde entóces todos los síntomas tan graves en apariencia, la hemiplegia, la hemianestesia, los accesos convulsivos ceden tan bien, que al cabo de dos dias la enferma pudo abandonar el hospital, curada».

pezó á aparecer exostosis externa del temporal izquierdo y fué recobrando la facultad de hablar, hasta llegar de nuevo al estado normal. El Dr. Giné, en cuya clínica estuvo, atribuía la afasia á exostosis de la cara interna de la escama del temporal. A medida que fué aumentando la exostosis externa, debió disminuir la interna, por lo que la enferma fué recobrando la palabra. Sin embargo, pudiera muy bien haber desaparecido la afasia sin que la compresion de la circunvolucion de Broca cediese en nada; no fuera esto un hecho muy raro. No hubo parálisis. Con el uso del yoduro potásico (1) se redujo bastante el abultamiento del hueso.

3. *Afasia por emocion, acompañada de paresia de las extremidades izquierdas.*

Señora de 49 años, flaca y débil, pero sin enfermedad alguna. Nunca habia presentado manifestaciones histéricas. En 19 de Diciembre de 1882, murió de fiebre tifóidea su hija mayor, á la que ella amaba muchísimo. En la noche del mismo dia 19, hallé á dicha señora en un estado de falsa tranquilidad muy conmovedora; ni lloraba, ni se quejaba; pero en su discurso equivocaba muchas palabras ó no las hallaba ó faltaba hilacion; á veces no se la entendia á pesar de tener la voz clara. Creyendo que aquello seria una perturbacion de poca duracion, receté tan solo *mixtura antiespasmódica*, y me despedí. En la noche del dia 20 fui llamado á asistirle; la hallé con afasia completa, de modo que se daba á entender por signos. Al parecer su inteligencia estaba bien, mejor, por lo ménos, que en el dia anterior, en que habia alguna vaguedad en las ideas. No podia andar, porque se habia desarrollado durante el dia una paresia de los miembros del lado izquierdo. En efecto, conservaba casi toda su fuerza en la mano derecha, pero apenas podia mover los dedos de la izquierda. Los movimientos de las extremidades derechas eran enérgicos y rápidos; los de las izquierdas eran muy lentos, penosos y poco extensos. No hallé perturbaciones en la sensibilidad general ni especial. Los movimientos de la lengua eran normales; no supe notar desviacion de la misma. Receté bromuro potásico, almizcle y valeriana. Al dia siguiente, 21 Diciembre, aun no podia andar, pero la paresia era menor. La enferma lloraba con más libertad. Habia recobrado algo la palabra, pero ésta tenia los mismos caractéres que la del dia 19, excepto que no habia vaguedad en los conceptos, y sí pobreza y cambio de términos. Preguntéla si era zurda y me contestó negativamente. En el dia 23 ya pudo andar

(1) Escribo yoduro y no ioduro como ahora se acostumbra, porque en castellano la *y* es la *i* con valor de consonante.

sola, bien que ayudada de un baston. En el dia 27 salió de casa apoyada del brazo de su hijo mayor: la paresia iba desapareciendo rápidamente. El lenguaje habia vuelto al estado normal. Es muy racional suponer que la paresia y la afasia nacian en un mismo foco morboso (perturbacion vaso-motora en el cerebro, ó depresion funcional nerviosa directa), y sin embargo, se ve que la afasia coincidia con la paresia á izquierda en una mujer no zurda. No tiene esto nada de extraño, pues Brown-Séquard ha podido reunir muchos casos de parálisis en el mismo lado de la lesion cerebral, y por otra parte, Bitot, reproduciendo recientemente la opinion de muchos otros autores, ha demostrado que la afasia podia depender de lesiones á derecha en individuos no zurdos.

4. *Afasia pasajera dependiente de anemia ó histeria.*

Uno de mis hermanos es de naturaleza débil. Creció rápidamente, y durante su infancia gozó de poco apetito. Habítamos en casa poco higiénica, y su género de vida era no muy á propósito para criarse robusto. A la edad de 13 años encontrábase en el máximum de su crecimiento y en el minimum de su robustez. Estaba pálido, flaco, con palpitaciones cardíacas, sin apetito, flojo de carácter, perezoso de músculos y con tanta tristeza, que sin causa manifiesta lloraba frecuentemente. No le he preguntado nunca cómo estaban en aquel tiempo sus funciones genitales, é ignoro tambien si se entregaba al onanismo.

Tenia él 13 años, cuando un dia, estando yo leyendo *Las cinco semanas en globo*, de Julio Verne, se me acercó y señalándome unas flechas que en un grabado figúranse disparadas por negros, me preguntó en tono tranquilo y con voz clara «¿cómo se llama esto?» Mirélo yo con extrañeza; si era broma la encontraba tonta, y si no lo era, era muy especial que hubiese olvidado un nombre que yo sabia tenia él muy conocido. «Flechas» le contesté. El, queriendo repetir dicho nombre «Feliu» (1) dijo. «Flechas» volví á decir, y vuelta á cometer por segunda el mismo error. Enfadéme con él y le dije: «no seas estúpido; no sé encontrar la gracia de esta broma». Apartóse mi hermano sin pronunciar más palabras y tendióse enseguida en una cama. Al cabo de un rato, oí que lloraba, y al acercarnos á saber lo que le pasada, sentóse en el lecho, y con mirada azorada y con muestras de espanto «no se dí, no se dí (2)» repetia. No supo decir otra frase. Lo

(1) *Feliu* en catalan es el nombre propio, que corresponde al Félix castellano.

(2) Que en castellano equivale á *no sé decir*, con lo que á mi entender queria significar que no hallaba palabras para expresarse.

desnudamos y una vez metido en cama, perdió del todo el uso de la palabra, dando al mismo tiempo señales de miedo y de terror. Entró por fin en un estado comatoso, del que no pudimos hacerle salir hasta pasadas ocho horas. Fué tratado con tónicos y antinervinos, y aunque pasado el coma, quedó en los primeros momentos su vocabulario algo restringido, fué recobrando rápidamente el uso de todas las palabras que anteriormente poseía. La rusticación, el cuidado que se tuvo en que se alimentase suficientemente, el aflojamiento en sus estudios y el uso de tónicos, no bastaron para darle salud perfecta. Pasado algun tiempo del ataque referido, cayó al suelo dando grandes gritos, de estos que indican un gran terror; tuvo en seguida un ataque convulsivo clónico de corta duración, que no fué acompañado de completa pérdida de conocimiento y sí de pérdida de la palabra.

Recobróla media hora despues de pasado el ataque. Desde entónces continuó flaco y con una melancolía tan grande, que por sí sola constituía una penosa enfermedad. Nada le distraía: siempre hablaba de la muerte como de cosa muy próxima, y el llanto era en él cosa habitual. Túvose que hacerle abandonar la carrera literaria que seguía, y se le envió de dependiente de comercio á la ciudad de Alicante; allí ha adquirido robustez, y con ella la salud y la alegría.

He narrado este hecho en forma más familiar de lo que á un escrito científico es permitido, porque así es más fácil apreciarlo en todos sus detalles.

En resumen. Individuo débil, que en su entrada en la pubertad, y en lo fuerte de su crecimiento (debo advertir que es de elevada estatura), presentó como primer síntoma morboso el cambio dos veces repetido de una palabra por otra. En lugar de *Flechas* decía *Felius*, á pesar de haber yo pronunciado en aquel momento, dos veces consecutivas, el primer nombre. Perdió luego el uso de la palabra, quedándole tan solo dos ó tres términos con los que se quejaba imperfectamente de no poder hablar. No tardó en llegar la afasia completa con conservación de la inteligencia hasta que sobrevino un coma que duró ocho horas. Tuvo mucho tiempo despues otro ataque, con gritos de terror, convulsiones y pérdida de la palabra, y con conservación durante el mismo de la conciencia, si no de la inteligencia. Quedóle una terrible melancolía, hasta que, con la cesación del crecimiento, cambio de clima, de trabajo y de costumbres, curó completamente.

Comentarios:

Despues de sus dos ataques, recordó muy bien lo que le había pasado durante los mismos; notó que no sabía emitir la palabra *flechas*, y que aunque la oyese muy bien, cuando



yo la pronunciaba, salía fatalmente de su boca el término *Felius*, que dicho sea de pasó, no tiene relación alguna en cuanto á significado con el de *flecha* ó mejor *fletxa*, como se dice en catalán, dialecto que usamos normalmente los barceloneses. Notó con gran terror este defecto de su lenguaje, y tanto por este espanto, como por cierta sensación de terrible ansiedad que de él se apoderaba, se tendió en la cama. Yendo en aumento este último fenómeno, púsose á quejarse, y al querer referirnos lo que le pasaba, no encontró los términos á propósito, pudiendo solo decirnos de un modo poco gramatical, que las palabras le faltaban. Acabó por no poder decir nada y continuó poseído de un terror tan intenso, que, según me refería, no podía ser debido al miedo que su situación le causaba y que era imposible ser superado por padecimiento alguno. A esto sucedió obnubilación intelectual, que, como ya he dicho, llegó hasta el coma.

En su segundo ataque, aunque confesó que no juzgaba muy bien lo que le pasaba, afirmaba que no perdió nunca el conocimiento de sí mismo y la sensibilidad interna, la que más bien estaba excitada, porque el tremendo terror que sufrió en el primer ataque, se le repitió en este segundo. No sé cual pudo ser la causa ocasional de estos accidentes. No sufría de disgustos, y durante aquellos días no había cambiado su género de vida. Las causas predisponentes fueron la debilidad y el nervosismo. En efecto, Barcelona por sus calles estrechas y súcias y por la poca higiene de sus habitaciones, contrasta por su insalubridad con las muy sanas poblaciones vecinas como Caldetas, Santa Coloma, Tiana, Sarriá, Masnou, Canet, etc., etc., puntos deliciosísimos, á los que cuando haya aumentado la cultura de nuestro pueblo se convertirá en residencias climoterápicas. Estoy convencido de que una familia puramente barcelonesa, sin mezcla de sangre forastera, se extingue irremisiblemente á la quinta generación. La escrófula y su próxima parienta la tuberculosis, el reumatismo con sus terribles hijas las afecciones cardíacas y la indomable fiebre tifóidea, devoran en grandes masas á mis pobres conciudadanos. Pues bien, mi hermano ha nacido y había vivido siempre, si exceptuamos contados días de veraneo, en este voraz Saturno, que devora á sus propios hijos. Nuestros padres, así como dos de nuestros abuelos, vieron la luz y han habitado constantemente en la misma ciudad.

Aquí me interrumpiré para pedir al lector que me perdone si le molesto con tantos detalles al parecer ociosos. Creo que es cosa eminentemente útil, que siempre que se pueda hacer con exactitud, como puedo hacerlo yo ahora tratándose de un hermano, se den todos los detalles que se puedan sobre

los orígenes de una afección; así se determina mejor la naturaleza de ésta, y se enseña el modo de evitarla en otros individuos. Por otra parte, al relatar aquí la historia patológica de mi hermano, presento un viviente cuadro de lo que pasa á infinidad de habitantes de las ciudades, de los que algunos solo salen de estas crisis de su pubertad marchándose al sepulcro.

Reanudemos el relato de las influencias que pudieron preparar la afección que he referido. Vivimos durante largo tiempo en una calle muy mal sana y en habitación mal acondicionada. La falta de luz, el poco pasear, la no sobrada ventilación, las insoportables emanaciones que se despedían de tenerías y fábricas de curtidos vecinas, (porque debe saberse que en el seno de Barcelona hay calles como la de la *Blanquería* y la de *Montanyans*, ocupadas todas ellas por los preparadores de pieles de buey y de otros animales), nos dió una niñez enclenque y enfermiza. A mi hermano se le envió pronto al colegio, que, dígase lo que se quiera, ejerce por lo común poco saludable influencia y (¿por qué callarlo? ¿por ventura para expresar cosas útiles no ha de ser permitido decir vulgaridades?) allí, muy á menudo, en castigo de sus travessuras de niño, ó por lo que sea, sus maestros le quitaron muchas veces la comida, costumbre muy arraigada en las escuelas catalanas y que nunca será bastante vituperada. Si á esto se añade poco apetito y carácter apocado, con que en la lucha por la existencia llevábase comunmente la peor parte, tendremos que el buen chico no debía acercarse muy bien preparado á esta innegable crisis, á que también está sujeto el sexo masculino, en su entrada en la pubertad y en lo más acentuado de su crecimiento.

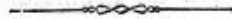
Llegó á la pubertad mi hermano y creció desmesuradamente, y en cambio sus fuerzas no eran muchas y sus precauciones higiénicas no eran mayores. Debió coincidir con esto el despertamiento de su aparato genital, de cuya cosa, aunque no tengo datos (y en este momento no puedo adquirirlos por vivir él en Alicante) juzgo que debió complicar la situación. Por suerte, en mi familia no ha entrado, por lo ménos en lo que mis noticias alcanzan, ni la sífilis ni la tuberculosis (1). No hay tampoco entre nosotros ni artrismo, ni herpetismo. No conozco en los míos lesión hereditaria alguna.

Mi hermano solo había sufrido en su niñez de catarros gástricos y del sarampion. Aunque linfático, no había presentado nunca lesión de naturaleza escrofulosa. Dados todos estos

(1) Si se exceptúa mi hermano menor que presentó los síntomas de la *meningitis granulosa*, y que sin embargo curó.

antecedentes, se comprende que los fenómenos morbosos que he relatado, solo podían depender de anemia cerebral ó de un estado neurósico algo semejante al histerismo. Pensar en lecion más grave es irracional, porque la muestra imposible la misma fugacidad de los síntomas. Persistió sí, la melancolía, la que atribuyo á sufrimiento íntimo de toda la masa cerebral por deficiencia en la nutrición de la misma.

En este caso se nota que el enfermo había perdido al principio del primer ataque el uso de todas sus palabras, excepto de las tres con que manifestaba bastante claramente que no poseía la facultad de hablar. A mi entender retuvo algún rato dichos términos, porque se los hizo conservar el mayor interés que tenía en pronunciarlos. En general, á los afásicos, si alguna palabra les queda, es una interjección ó uno de estos términos que usamos á cada momento casi inconscientemente, que en castellano se llaman *votos* ó *ternos* y que los franceses denominan *jurons*. En efecto, en más de dos observaciones de afasia publicadas por autores de esta última nacionalidad, se nota que los enfermos han conservado únicamente la exclamación *Sacré nom de Dieu*. Autores hay que aseguran que la afasia no borra siempre estas palabras, porque como las pronunciamos, inconscientemente, no dependen de la inteligencia, sino más bien de un acto instintivo. Aunque no sea esta opinión del todo exacta, lo cierto es que tales términos son retenidos, quizás porque están más fuertemente grabados en el cerebro, gracias á haber sido pronunciados muy á menudo. No me queda duda de que en este caso se trató de verdadera afasia. En efecto, la pérdida del lenguaje no podía depender de perturbación lingual, porque las palabras que le oí decir, las emitía con toda perfección.



CASOS DE PARÁLISIS POR COMPRESION.

1.—*Paraplegia y neuralgia ciática doble durante el embarazo, desaparecidas rápidamente despues del parto (1).*

Narracion.—En el número 12 de San Ramon entró hace cuatro meses una jóven de veinte y seis años, casada, y en el séptimo mes de su primer embarazo. Esta mujer no padecía ni habia padecido reumatismo, gota, neuralgias é histerismo, ni de estas afecciones habian sufrido sus padres ó, por lo ménos, si habian sufrido, no habia esto llegado á su conocimiento. Ni sus respuestas, ni el exámen atento que de ella hice, daban á sospechar que hubiese jamás contraído sífilis. Hacia pocos dias que habia empezado á notar que sus extremos inferiores se negaban á sostenerla, y cuando se quedó en cama le era ya de todo punto imposible la progresion. En los primeros dias que la vimos aun podia sostenerse en pié, pero con muchísima dificultad y por poco rato; en cambio, como acabamos de decir, no podia absolutamente andar. A los tres de estar en cama comenzó á sentir dolores á lo largo del ciático derecho, á los que al cabo de una semana se añadieron otros en el trayecto del ciático izquierdo; nunca tales dolores pasaron en ambos lados más allá de la rodilla. Al final del embarazo aparecieron tambien neuralgias en los lomos. Todos estos dolores eran continuos y si sufrían exacerbaciones, estas eran poco marcadas. Aumentaban poco á la presion y su intensidad estaba léjos de asemejarse á la de los accesos de ciática ordinaria. Hasta el momento del parto continuó siendo la misma la intensidad de los dolores, los que solo aumentaron en extension; en cambio, la paresia de los extremos inferiores era cada dia más notable y en los últimos momentos del embarazo se habia convertido en verdadera

(1) Esta historia clinica y la que sigue las publiqué en el *Boletin médico escolar* (21 mayo 1880) La primera ha sido traducida en la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, t. II, p. 320.

parálisis. La orina nunca presentó vestigios de albúmina. No hubo tampoco síntoma alguno de enfermedad medular, á no ser que se consideren como á tales las alteraciones motoras y sensitivas que poco há he descrito. Respecto al estado de los miembros paralizados, debemos decir que tenia los músculos algo atrofiados, y que esta atrofia aumentaba cada dia, que la piel y el tejido subyacente no estaban engrosados y, finalmente, que no habia en toda su superficie lesion trófica alguna.

Tratáronse tales alteraciones por el masaje y fricciones excitantes, pero inútilmente. Las inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de morfina, solo producian un alivio pasajero del dolor.

Examiné el abdómen de esta mujer veinte dias antes del parto, y encontré que su abultamiento era considerable y que el feto estaba en presentacion de vértice y se movia con suma libertad en la cavidad uterina. Hice el tacto vaginal y no hallé dislocacion alguna de la matriz; el cuello uterino guardaba la posicion y direccion que normalmente debe tener en tal período del embarazo.

Tuvo esta mujer un parto solo digno de mencion por su larga duracion (26 horas); se rompieron prematuramente las membranas y salió al exterior una enorme cantidad de líquido amniótico. El feto era algun tanto de menor volúmen que lo regular. La larga duracion del parto se debia á dos causas igualmente importantes: 1.^a, á la ruptura anticipada de la bolsa de las aguas; y 2.^a, á la inercia uterina producida por la distension forzada de la matriz, á su vez debida á la gran cantidad de líquido amniótico en el interior de este órgano contenido.

Apenas esta mujer hubo parido, cuando se sintió muy aliviada de sus parálisis y neuralgias; al segundo dia del puerperio estas últimas habian completamente desaparecido y la paresia era muy poco marcada; á los ocho dias andaba, aunque con vacilacion y, en fin, á los catorce pudo considerársela vuelta al estado normal.

Algunos dias despues de parida examiné atentamente su abdómen é hice de nuevo el tacto vaginal, sin que hallase en lugar alguno de la pélvis la mas pequeña señal de que en ella existiese algun tumor.

Salió del hospital á los 20 dias de haber parido, cuando ya sus extremos inferiores iban recobrando su grosor normal, pues la atrofia muscular desapareció rápidamente.

Estudio.—Cinco son los caracteres culminantes de este caso y que más deberán servirnos para su perfecto estudio, y son: 1.^o falta absoluta de antecedentes patológicos tanto de

herencia como individuales; 2.º, coexistencia de la paraplegia con la neuralgia de ambos ciáticos; 3.º, existencia de gran cantidad de liquido en el interior del útero grávido; 4.º, progresos de la parálisis en relacion con los progresos del embarazo; y 5.º, terminacion de las alteraciones motrices y sensitivas, coincidiendo exactamente con la terminacion de la gestacion.

Vayamos eliminando las causas á que no pudieron ser debidas las alteraciones que nos ocupan, y así llegaremos, en cierto modo negativamente, al encuentro de la circunstancia á que debieron su existencia.

La parálisis descrita no pudo ser debida á la albuminuria, pues nunca pudimos encontrar en la orina vestigio alguno de albúmina, debiendo añadir, además, que casi nunca las parálisis originadas de esta causa, coexisten con dolores neurálgicos, á no ser que estos sean dependientes de otras circunstancias.

Debemos eliminar del número de las causas que buscamos, á las desviaciones y dislocaciones uterinas, pues no solo el tacto vaginal nos mostró que no existian, si que tambien no se presentaron en el curso del embarazo retenciones de las heces ni de orina, que á haber aparecido pudieran haber sido atribuidas á tales afecciones.

La falta absoluta de antecedentes y síntomas coetáneos, así como tambien la terminacion de las descritas alteraciones, que tuvo lugar al mismo tiempo que la del embarazo, muestran que no deben ser atribuidas al reumatismo, sífilis, enfriamiento, gota ni histerismo.

La neuralgia de ambos ciáticos y de los nervios lumbares no puede ser sintoma de neuritis, por haber sido los dolores poco intensos y por no haberse presentado en todo el curso del mal la mas ligera lesion trófica de los tegumentos. La atrofia muscular de los miembros inferiores, que podria inclinar á la creencia de una alteracion profunda de los nervios á ellos pertenecientes, aparte de no ser muy marcada, puede fácilmente explicarse por la inmovilidad prolongada de dichas extremidades. Por otra parte, teniendo la enferma poco apetito, estaba bastante enflaquecida.

Debemos desechar tambien el diagnóstico de relajacion de las sínfisis pélvicas, pues si bien da imposibilidad de marchar y dolor intenso cuando se intenta la progresion, no impide que los miembros puedan moverse en la cama ni cuando el dolor se provoca sigue el trayecto del ciático, ni se sostiene cuando la enferma está quieta, ni, por último, termina tan prontamente, una vez ha tenido lugar el parto.

Si la parálisis se hubiese debido á la anemia, hubiera sido

regular que no coexistiese con neuralgia alguna, ni tampoco hubiera terminado tan corto tiempo despues del embarazo, pues el empobrecimiento sanguineo aun no hubiera tenido tiempo de desaparecer. Por otra parte, debo recordar que cuando la anemia produce durante la gestacion accidentes de este género, casi siempre son hemiplegias y parálisis faciales y solo en contados casos da origen á paraplegias.

Queda solo por discutir si dicha parálisis es refleja ó debida á la compresion de los plexos sacro y lumbar por el útero grávido. En verdad, no me atrevo á declararme decididamente partidario de una de estas hipótesis, negando resueltamente la otra. Me inclino, no obstante, á la creencia de que se trataba de una compresion de dichos plexos por la matriz, y esto por bastantes razones. En efecto, ¿dejaría de ser oscura la produccion de una parálisis refleja en el presente caso? ¿Puede el embarazo provocar una neuritis que la origine? Si no quiere invocarse una lesion orgánica de los nervios y se pretende que seria tal parálisis una de tantas perturbaciones de oscuro mecanismo que el embarazo provoca en el sistema nervioso, ¿no era más natural que se hubiese presentado al principio de dicho estado, que no hácia su terminacion? ¿Hubiera, por ventura, aumentado con tanta regularidad en razon directa del aumento de volúmen del útero? ¿Cómo se hubieran entonces explicado las múltiples neuralgias que casi siempre acompañaron á tal parálisis?

En cambio, en la compresion de los plexos sacro y lumbar, hallamos una satisfactoria explicacion de ambos fenómenos (parálisis y neuralgia), y refiriéndolos ambos á una misma causa inmediata, podemos comprender perfectamente sus relaciones intimas en lugar y en tiempo. Puede preguntársenos: ¿por qué en este caso habia tal compresion mientras que en casi todos los demás embarazos no existe? El volúmen del feto no puede ser invocado, para dar respuesta á la anterior observacion, ya que tenia pequeñas dimensiones. Debemos asimismo eliminar la idea de tumor uterino, pues los exámenes que para reconocerle hicimos, resultaron completamente negativos. Debemos, pues, acudir á la idea de que la gran cantidad de líquido amniótico contenido en la matriz, dilatando exageradamente esta viscera, era la causa de dicha compresion. Esta debia hacerse sobre la parte inferior del plexo lumbar y la superior del plexo sacro.

Para concluir, debo hacer notar que si la neuralgia apareció más tarde y desapareció más bruscamente que la parálisis, débese simplemente á que los filetes sensitivos resisten mejor y se reponen más pronto de la mala influencia de la compresion.

2.—*Parálisis del brazo derecho por compresion del plexo braquial.*

Narracion.—Entró en el curso pasado en clínica médica, sala Santo Cristo, núm. 18, una jóven de 24 años, linfática, de mala constitucion, bien menstruada y que desde la edad de 10 años sufría un tumor blanco de la rodilla derecha, causado por una caída. Nunca habia tenido histerismo. Decidióse á entrar en el hospital cuando notó que su afeccion, que habia permanecido estacionaria muchos años, tomaba de pronto un curso rápido. No importa para nuestro objeto nada de lo que se refiere al tumor blanco, el que no presentó tampoco cosa que fuese digna de mencion; así es que lo dejaremos á un lado, para llegar desde luego al verdadero asunto de esta nota clinica. Debemos antes advertir que esta enferma, aunque cojeando, caminaba siempre sin ayuda de baston ni muleta alguna.

Habiéndose agravado su mal le fué imposible la locomocion sin algun apoyo, y como, por otra parte, era conveniente que no se sepultase por mucho tiempo en la cama, el profesor clinico mandó se le entregase una muleta, para que pudiera pasearse por las salas del establecimiento. Se aprovechó largamente del permiso durante el primer dia, y al siguiente, cuando llegamos á clinica, pudimos ver que su brazo derecho estaba completamente paralizado y anestesiado. Dijonos la enferma que jamás habia sufrido accidente de este género, y nos explicó que despues de haber caminado mucho, tuvo que dejar el paseo y volver á la cama por la debilidad y entorpecimiento del brazo derecho que sostenia á la muleta. A los pocos minutos de haber vuelto á la cama, la parálisis y anestesia se hicieron completas. La anestesia desapareció á los dos dias, quedando en su lugar múltiples neuralgias del brazo, que á su vez terminaron á los tres dias. En cambio, la parálisis se sostuvo por mas tiempo, de modo que el profesor clinico para combatirla hubo de aplicar las corrientes inducidas. Duró la completa parálisis por espacio de diez dias, y la paresia que á ella siguió se sostuvo más de un mes.

Se hizo repetidas veces durante el curso de estos accidentes la medicion comparativa de los extremos superiores, sin que fuera apreciable diferencia alguna entre ellos. Tampoco se vieron nunca en el brazo paralizado dermatosis ni otra alteracion trófica y su piel se conservó fina y sin ningun engrosamiento.

Curada completamente la paresia, la enferma usó baston

para caminar, hasta que salió del hospital, desde cuya época no he tenido de ella noticia alguna.

Estudio.—Parece que aquí se trata de una compresion del plexo braquial por la muleta, y los accidentes desagradables que de ella resultaron pueden deberse, ya á mala disposicion de la enferma, ya á falta de habilidad en el uso de tal objeto, ya tambien al mucho rato que caminó cuando solo era el primer dia que lo usaba. Que es cierta mi creencia, lo prueba la gran relacion de tiempo que hubo entre el uso de la muleta y la aparicion de los antedichos accidentes. Por otra parte, nunca esta enferma habia presentado fenómenos histéricos, que hubieran sido los únicos, fuera de los producidos por la compresion, que pudieran presentar tales caractéres.

Dos fenómenos importantes se aprecian en este caso, y son: 1.º, que la anestesia desapareció muchísimo más pronto que la parálisis; 2.º, que la anestesia fué sustituida por neuralgias. En cuanto á lo primero, ya hemos dicho en las consideraciones sobre el caso anterior, que los filetes sensitivos se reponen más pronto de la mala influencia de la compresion. (Vulpian: *Maladies du système nerveux*, p. 32). De lo segundo se ven muchísimos ejemplos. Hé observado otro caso de parálisis por compresion en que la anestesia fué seguida de una duradera neuralgia.

Antes de poner punto final, podria hacer una curiosa é instructiva comparacion entre este caso y el anterior, ya que ambos presentan muchas semejanzas y diferencias; pero no lo haré porque noto que este artículo va haciéndose extraordinariamente largo, al paso que el lector mismo, teniendo ambos casos á la vista puede hacer fructuosamente dicha comparacion.

CASO DE URTICARIA CRÓNICA,

curada con el clorhidrato de morfina (1).

Poca importancia han dado los prácticos á la urticaria, y este pernicioso y no motivado olvido se explica en parte por la frecuentemente fácil curabilidad, á menudo espontánea, de tan veleidoso exantema. Pero no raras veces sostiénense los síntomas, las erupciones se repiten y multiplican, el tiempo pasa y la afeccion no cede, cánsase el médico y continua incansable la causa morbífica, y es que, muy á pesar nuestro, nos encontramos frente á frente de una urticaria crónica, rebelde las más veces, molesta siempre y cuyo peor carácter es la inconstancia y variabilidad con que responde á los mejores tratamientos. Cuando esto sucede, dicha afeccion, de la cual me decia un distinguido médico que no es menester curarla, pues por sí sola desaparece, esta afeccion, repito, reputada por la mayoría como insignificante, se hace el verdugo de los enfermos cuyo sueño no respeta y cuya marcha dificulta, y la pesadilla del facultativo que ha de declararse impotente ante tan leve y sencilla enfermedad. Débese, pues, estudiar con ahinco cuanto tienda á derramar alguna luz sobre su terapéutica, reuniendo los casos que nos demuestren constancia en el éxito de un medicamento dado, y sujetar á éste á la experimentacion en cuantas ocasiones podamos, para que así nos sea factible fundar sobre su accion un exacto criterio, adverso ó favorable.

Por estas razones, habiendo visto usar á un profesor clínico de esta Facultad con un sorprendente éxito en casos de fuerte y hasta peligrosa urticaria, el clorhidrato de morfina, propúseme administrar dicho medicamento, si algun caso de la misma enfermedad se me presentase, y solo tengo motivos para felicitar-me de haber cumplido tan razonable propósito.

(1) Observacion publicada en la *Gaceta médica de Cataluña*, año I, número 31, 10 de Noviembre de 1878.

El caso cuya exposicion sigue, demostrará el completo triunfo de tan apreciable fármaco, despues del fracaso de las más aceptadas y racionales medicaciones.

Trátase de un hombre de 40 años, habitante en San Andrés del Palomar, de temperamento sanguíneo, robustez envidiable y salud jamás alterada ni por sombra de enfermedad.

A primeros de Febrero del presente año, despertó con extraordinario sobresalto una violenta picazon, localizada en la mejilla izquierda, que le obligaba en toda la acepcion de la palabra, á rascarse fuertemente el punto hiperestesiado, para calmar en algo el insoportable malestar que le causaba aquella insólita sensacion. Al poco rato de haberse entregado á tan ingrata tarea, vió aparecer en el mismo punto una chapa roja de grandes dimensiones, que tratada como una erisipela, desapareció á las pocas horas. Contento estaba nuestro hombre de haber escapado á tan poca costa de aquel desagradable suceso, cuando hé aquí que una picazon igual á la primera deja sentirse en la region escrotal, vése obligado por segunda vez á rascarse y sigue á este acto un nuevo abultamiento.

Este, desaparecido, repitióse este fenómeno en una pierna, y así cambiando de lugar dos ó tres veces al dia, el paciente no pudo en ningun momento, durante ocho meses, ver en estado normal sus tegumentos. No raras veces los habones ó grandes pápulas existian simultáneamente en dos distintos puntos del cuerpo, pero lo comun era que empezase á formarse el uno cuando el otro se resolvía (1). Ya un dia, ya otro, todas las regiones dérmicas fueron atacadas, y lo más extraño fué, que ni aun las mucosas escaparon de semejantes alteraciones, pues yo mismo pude comprobar en una ocasion la existencia de una gruesa pápula en la cara superior de la lengua y con alguna frecuencia se manifestaban desarreglos digestivos, por los que antes de la aparicion de la importuna urticaria, jamás este hombre se habia visto molestado.

Los caracteres de la enfermedad eran, pues, los siguientes: prurito en un punto cualquiera del cuerpo, prurito muy vivo é insoportable, seguido de la aparicion de una gran pápula y nunca de una ampolla; una vez aparocido el habon, que siempre era único y de grandes dimensiones, calmaba el picor y la region enferma quedaba algun tanto anestesiada; la

(1) Aunque el enfermo no se puso bajo mi cuidado hasta cerca de la terminacion de su dolencia, puedo dar fé de esta particularidad, ya que siendo pariente mio pude verle á menudo y seguir por lo tanto, durante su curso, tan curiosa enfermedad.

pápula era dura, de color blanquecino en el centro y rubicunda en la periferia; esta rubicundez desaparecía completamente á la más ligera presión, para volver en cuanto cesaba ésta; á las pocas horas comenzaba á resolverse lentamente la alteración tegumentaria sin que el prurito se repitiese, y cuando en el punto atacado ya no quedaba la más mínima señal del pasado trastorno, por lo común una nueva pápula se había formado en lejana región. Paréceme, pues, que con los presentes síntomas, puede formarse, de un modo cierto, positiva y negativamente el diagnóstico de *urticaria papulosa crónica*.

Los puntos más molestados durante el caprichoso curso de esta enfermedad, fueron los pies y manos, sin duda por estar estas partes más constantemente en excitación, los primeros durante la marcha y las segundas durante el trabajo. Cuando los pies eran asiento de la afección, la marcha se hacía difícil y constantemente penosa, no solo por el dolor que producía el encajonamiento en el calzado, de órganos cuyo volumen había aumentado, sino que también por la incertidumbre que en los pasos producía la pronunciada disminución de la sensibilidad pédica. Cuando las manos sufrían, veíase obligado á dejar sus manuales ocupaciones, pues perdía la conciencia táctil de su trabajo.

Podrá creerse en vista de lo que tan amenudo pasaba á las manos durante el trabajo, que una simple excitación mecánica bastaría para producir á voluntad los ya descritos habones; y sin embargo, no sucedía así, pues habiendo frotado repetidas veces los antebrazos y las piernas del enfermo, solo logré resultados negativos. Era condición *sine qua non* para la formación de habones, que el prurito precediese á los mismos y esta circunstancia se distinguió por su inalterable constancia.

¿Cuál era la esencia de esta extraña enfermedad? ¿Cuál el mecanismo de formación de sus características pápulas? ¿Qué explicación tendrán los constantes fenómenos, que diariamente se repetían en nuestro atribulado enfermo? Dificilísimo es satisfacer á estas preguntas.

Creo poder afirmar que la esencia de esta afección es puramente nerviosa. En efecto, nadie colocará la causa de la misma en la cubierta cutánea, pues entonces fuera imposible explicarnos la extraordinaria movilidad, pronta aparición y rápida desaparición de las localizaciones tegumentarias, y nadie tampoco, pretenderá que el germen de enfermedad tan larga radique en la sangre, pues en el día, puestas en vergonzosa derrota las ideas humoristas, apenas si sirven para explicar algunas afecciones de carácter transitorio. Debemos

acogernos, pues, al sistema nervioso, aunque ignoremos absolutamente en qué punto de este sistema está localizada la causa morbífica. Admitida la naturaleza nerviosa de la enfermedad, como lo afirman cumplidamente la movilidad y fugacidad de sus manifestaciones externas, así como el que los puntos atacados recobren tan pronto su completa integridad, debemos entonces *explicarnos* por dicha hipótesis la causa de los referidos fenómenos cutáneos. Confieso explícitamente que no sé darme cuenta del prurito que precedía por algunos minutos al cambio físico de la piel. Me explico sí, que á este prurito siguiese una acción refleja relativamente fácil por modificación desconocida del sistema nervioso, y explícamente también, que esta acción refleja consistiese en una parálisis de los vaso-motores y dilatados estos dejaran trasudar serosidad formando así, en parte por aumento de volumen de los vasos y en parte por edema, la consabida placa papulosa. Que esta placa no tenía el menor carácter inflamatorio lo prueba bastante el que no causase ningún dolor, el que su existencia fuese de duración tan efímera y la fácil desaparición de su coloración roja á la más ligera presión. ¿A qué se debía que el prurito en el momento de formarse la pápula aumentase y luego desapareciese del todo, para ser sustituido por una semi-anestesia, cuando aquella estaba completamente formada? Se debía sin duda esto á que eran comprimidas por los vasos dilatados las terminaciones de los filetes nerviosos, pasando allí algo semejante á lo que sucede en el prurigo y demás afecciones papulosas, que como ya sabemos, son eminentemente pruritosas. Al prurito seguía la anestesia, por producirla el aumento de la compresión debido al acrecentamiento de la infiltración serosa. Nada tiene esto de extraño, cuando sabemos que la compresión, considerada como medio anestésico, ha llamado por mucho tiempo y llama aún la atención en cirugía operatoria, por su reconocida eficacia: ¿deberá, pues, admirarnos que la compresión aplicada directamente sobre cada filete sensitivo, como pasa en la pápula, obre á lo ménos tan eficazmente como la grosera compresión quirúrgica? (1) Cuando la serosidad era reabsorbida, era natural que la compresión disminuyese, y sin embargo de volver los filetes nerviosos á las condiciones de cuando la placa estaba en formación el prurito no reaparecía, debido esto, á lo que creo, á que el adormecimiento de dichos filetes se conservaba hasta la completa restitución de

(1) Parece que para el perfecto funcionalismo de los nervios, es casi tan necesaria como la integridad química, la integridad morfológica de dichos órganos.

la piel á su normalidad. Solo nos falta explicarnos el mecanismo de la coloracion de la chapa urticárica, que como ya anteriormente he dicho, era blanca en el centro y rubicunda en la periferia. Creo que el color de este último punto dependia de la dilatacion de los capilares sanguíneos, y como en el centro la exudacion serosa era mayor, por estar allí el núcleo de la modificacion tegumentaria, aquellos se veian aplastados por el líquido infiltrado, y rechazada de allí la sangre, no podia comunicar su tinte á los tejidos.

Tratamiento. El enfermo apenas vió que su dolencia no tenia visos de ceder, acudió á un facultativo de su poblacion, el que hizo el diagnóstico de *herpes errante* (?), y para combatir la supuesta diatesis herpética, le hizo tomar por mucho tiempo el azufre y el arseniato de sosa, alternando ambos medicamentos. Vista la inutilidad de estos medios, y por consejo del médico citado, guardó algunos meses el más severo régimen dietético, abrigándose constantemente, privándose de los alcohólicos, desterrando de su mesa las sustancias picantes y la carne de cerdo, etc., etc. Fuése durante el mes de Junio á tomar baños en la Puda de Montserrat y de allí partió á Olot, creyendo muy racionalmente que quizás la mudanza de clima destruiria el desconocido sosten de su afeccion.

Y no fué así, á pesar de que en aquella poblacion continuó medicándose, tomando el nitrato potásico que le recetó un médico de la localidad. Regresó á fines de Julio, y desde entonces medicado por un entendido facultativo de esta ciudad, fué tomando sucesivamente el ioduro y bromuro potásico y el sulfato de quinina. Al mismo tiempo, por consejo de un farmacéutico de su poblacion, tomó algunas botellas de no sé qué rob depurativo. Encarguéme de este enfermo el dia 9 del presente Octubre, y, por cierto, que no lo hice con mucho placer, pues creia que en su estacionario afecto se estrellarian mis esfuerzos. Era muy natural creerlo así, pues, como acabo de decir, este enfermo habia seguido un buen plan dietético, habia cambiado de clima, habia tomado aguas sulfurosas naturales, habíansele administrado antiplásticos, y depurativos, se le habian dado medicamentos como el azufre y el compuesto arsenical, útiles en muchas dermatosis, y no habia dejado de ingerir regulares cantidades de sustancias modificadoras del sistema nervioso, como la quinina y el bromuro de potasio; y tanta riqueza de medios y tan notable actividad habian quedado sin tangibles resultados. Y ni siquiera quedaba el recurso de apartar ó destruir la causa de la afeccion, pues nos era absolutamente desconocida. Perplejo me encontraba buscando el camino que con-

venia seguir en tan difícil caso, cuando recordé muy oportunamente los brillantes resultados que en tres casos de urticaria había el Dr. Esquerdo obtenido del clorhidrato de morfina. Administré, pues, este medicamento á la dosis de tres centigramos con 200 gramos de infuso de valeriana. Pasados tres días, durante los cuales sólo tomó 9 centigramos de clorhidrato, volvió nuestro enfermo enteramente animado, sin aquella penosa excitación que le causaba la simple idea de padecer tan *embruñada enfermedad*. Durante aquel tiempo sólo habían aparecido en el primer día dos pápulas de no muy grandes dimensiones, y durante los dos días últimos habían tenido lugar vanas tentativas para aparecer la temida papulacion. Sentía de tarde en tarde, en diversos puntos, alguna picazon, sin ulteriores resultados. Animado por tan inesperado éxito y en vista de que el enfermo había soportado admirablemente sin vómitos ni soñolencia al narcótico, doblé la dosis para mejor asegurar la curación, y desde entonces vióse el paciente libre de su incansable enfermedad.

Ví al enfermo el día 20 de Octubre y hasta entonces no había notado el más ligero conato de recidiva.

Me lisongeo en creer que será definitiva esta rápida curación.

Ahora bien, me pregunto, ¿cómo obra el clorhidrato de morfina en la curación de la urticaria? y me encuentro ser muy difícil responder á esta pregunta.

Es verdad que más ó ménos exactamente conocemos la acción del medicamento, pero también lo es que ignoramos absolutamente la naturaleza íntima de la enfermedad. Faltando este último dato es imposible resolver el problema. Es, no obstante, muy natural creer, que el narcótico fué útil en el presente caso, calmando la hiperestesia cutánea, al mismo tiempo que adormeciendo la exagerada excitabilidad de los centros nerviosos.



LA FOTOPARESTESIA Y LA LOCURA DE SÓCRATES. ⁽¹⁾

El Dr. Raggi (2) ha estudiado un fenómeno ya señalado por otros autores, pero que hasta ahora no había sido objeto de estudios y de consideraciones particulares. Consiste en una tolerancia extraordinaria que ofrece en algunos locos el órgano de la vision hácia las intensas impresiones luminosas, la que se manifiesta en la posibilidad que los sobredichos presentan de mirar fijamente al sol durante largo tiempo, sin que en los mismos se produzcan aquellos efectos que aparecen en todos los individuos, cuyo sistema nervioso y órgano de la vision están en condiciones fisiológicas.

Del estudio de los casos clínicos que ha podido recoger, deduce lo siguiente:

1.º Que algunos locos pueden mirar fijamente intensos focos luminosos, sin padecer de otros disturbios de la funcion visual.

2.º Que en los mismos enfermos no sigue á las fuertes impresiones luminosas la formacion de imágenes consecutivas.

3.º Que tal fenómeno débese á una disminucion de la impresionabilidad de la retina, para las excitaciones debidas á una luz muy intensa, lo que está en relacion con el aumento de la misma retina.

4.º Que pueden faltar todos ó en parte los fenómenos reflejos de la sensibilidad y del movimiento que acompañan siempre á las fuertes excitaciones del órgano visual.

5.º Que la falta de los reflejos es debida á la deficiente impresionabilidad de la retina, por la que es debilitada la transmision de las excitaciones á los centros de reflexion.

Cita Raggi en su artículo dos notables casos de fotoparestesia, nombre que él ha dado al singular fenómeno que tan

(1) Artículo publicado en *La Revista frenopática* (Año II, núm. 13) y reproducido en la *Independencia médica*, (Año XVII, núm. 13), en la *Medicina rural* (Año II, núm. 10) y en la *Crónica oftalmológica* (12 de Marzo de 1882.)

(2) *Della fotoparestesia negli alienati*—del dottore Antigono Raggi. *Archi. italia. per le malat. nerv.* Settembre.—Nov. 1881.

bien describe. En el 1.º se trata de una mujer con locura religiosa, que se creía en el goce del favor divino y sufría alucinaciones ópticas y acústicas. Estaba convencida de que su fotoparestesia era un permanente milagro que obraba Dios para convencer á los humanos de que ella era bienaventurada. El 2.º caso es muy semejante al anterior. Un hombre afecto de locura religiosa con alucinaciones acústicas se creía poseedor de la autoridad divina, y atribuía á celeste distinción su acentuada fotoparestesia.

Este estudio de Raggi ha traído á mi memoria lo que Lélut afirma en su obra titulada *Le démon de Socrate*, y Littré acepta en su artículo *Socrate et Pascal; pathologie mentale* (1), esto es, que Sócrates era un loco. Se apoyan para asegurar tal cosa, en que la voz interna que á Sócrates tan sabiamente aconsejaba, no era más que una alucinación acústica, pues tal fenómeno, en nuestro siglo, no puede de otro modo ser interpretado, y por fin, en que presentaba á veces éxtasis bastante duraderos. A estas razones debemos hoy añadir, que Sócrates era fotoparestésico, pues á este dato ha dado más valor diagnóstico el reciente estudio del doctor Raggi. En efecto, en el sitio de Potidea estuvo largo tiempo mirando fijamente al sol, sin que esto le produjese molestia alguna.

La locura de Sócrates pertenecía al grupo de las religiosas. Se ocupaba mucho de Dios y de moral, y trataba de estas materias con toda la elevación de criterio que tanta admiración despertó en todos los talentos de su época. Debemos notar que las locuras religiosas son numerosísimas, que se presentan en formas muy variadas y que pueden referirse á distintas religiones. Su carácter genérico es que el maniaco se ocupa demasiado de este orden de cuestiones, sea que las resuelva en un sentido, sea en otro; ora las mire bajo un punto de vista, ora bajo otro distinto. Sócrates negaba los dioses de la pagana Grecia, pero meditaba mucho sobre el Dios único, sobre sus creaciones y sobre la moral, que es la directa consecuencia de la creencia en aquel. Su razón, en general, estaba sana y poderosa, pero sus ideas eran delirantes respecto á un solo asunto, en el que sin embargo estaba más adelantado que sus contemporáneos. Verdadero Quijote de la edad antigua, sabio en casi todo, loco en un solo punto, era en la plena acepción de la palabra, un monomaniaco.

Aun nos es dable precisar más la especie de frenopatía que al ilustre griego afectaba. Entre los locos religiosos se nota un grupo natural y bien determinado, el de los *profetas*

(1) V. *Le National*, 1 août 1836, y Littré, *Médecine et Médecins*, Paris, 1875, troisième édition, pág. 82.

y *elegidos*. En éstos son comunes las alucinaciones visuales y acústicas, la tendencia á predicar y á convertir á las gentes, á veces á escribir lo que se les ha revelado; los éxtasis y arrobamientos; la seguridad en su salvacion, y la creencia en que están, de que son objeto de gracias especiales de parte del Altísimo, de cuyas supremas miras serian importantes instrumentos. Los casos de Lélut (1) entran de lleno en este grupo, cuyos caracteres poseen totalmente, y á los de Raggi les faltan tan pocos, que deben tambien ser clasificados entre dichas monomanías.

A Sócrates no le faltaba requisito alguno para poder ser considerado como vesánico del grupo de los *profetas*. En efecto, tenia inclinacion irresistible á sermonear y á mejorar á cuantos le rodeaban, ó más aun, á la sociedad en que vivia; como Mahoma ó como David Lazaretti, tenia alucinaciones auditivas; como ellos poseyó sobre cuantos le trataban un grande ascendiente, más, quizas, por la vehemencia de su locura, que por la fuerza de su raciocinio; como ellos, en fin, estaba sujeto á éxtasis ó raptos. En los dos enfermos de Raggi la fotoparestesia acompañaba á una locura religiosa del grupo de los *elegidos*. ¿Es que este fenómeno se halla más frecuentemente en estos locos que en los afectos de otras manías? De todos modos, la fotoparestesia, fenómeno que presentaba Sócrates, no es rara entre los afectos de monomanía profética ó de los elegidos, ya que los únicos casos citados por Raggi pertenecen á la misma. Es, pues, este un dato más para colocar á Sócrates entre los enfermos de dicha locura religiosa.

¿Cómo pudo esto pasar desapercibido á sus contemporáneos? Por una parte, su inmenso genio estaba estrechamente enlazado con su locura y la disfrazaba, y por otra, los éxtasis y las voces internas (2) eran considerados en aquellos tiempos como favores de las potencias sobrenaturales. Tales alucinaciones granjearian hoy á quien las presentara un lugar en bien cerrado manicomio; en antiguos tiempos le aseguraran la veneracion y estima de sus contemporáneos, y quizás en edades medias, más que aquellos feroces, llevaríanlo á los tormentos ó á la hoguera. Su locura dió á Mahoma omnimoda potencia; á los pobres cevenneroles llevóles la suya á la horca ó al destierro é hizoles víctimas de las odiosas *dragonadas*.

(1) Referidos en la obra antes citada.

(2) Estas alucinaciones eran tomadas por Sócrates como á avisos de su *demonio* ó núnmen tutelar, que en todo cuanto hacian él ó sus allegados, les guiaba por el buen sendero. Se debe advertir que en los tiempos del bello cuanto monstruoso paganismo, la palabra *demonio* poseía un significado muy distinto del que le ha dado el severo cristianismo.

LA JAQUECA OFTÁLMICA (1).

ESTUDIO CLÍNICO Y REVISTA CRÍTICA.

OBSERVACIONES INÉDITAS.

No he tenido la suerte de encontrar muchos casos de jaqueca oftálmica. Hé aquí los pocos que he podido observar.

OBSERVACION I.—El hijo mayor de un catedrático de esta Facultad de Medicina, de trece años de edad, tuvo hasta hace poco ataques de jaqueca ordinaria, esto es, sin localizaciones oculares. En Agosto de este año notó que veía no más que la mitad de los objetos, esto es, que tenía hemiopia de ambos ojos, cosa que no le habia sucedido nunca; no habia escotoma centelleante. Duró la hemiopia media hora, y cuando desapareció, compareció la hemicránea con su cuadro clásico.

Reflexiones.—Este hecho prueba que la jaqueca oftálmica no es una enfermedad autónoma, sino que es una modalidad de la jaqueca vulgar. En efecto, este niño, que hasta ahora solo habia presentado ataques de esta última, ha sufrido hace poco un solo acceso de jaqueca oftálmica.

OBS. II.—L. M., suizo, de cincuenta años, jaquecas violentísimas que van precedidas de enturbiamiento de la vista. Dicho señor es muy reumático.

OBS. III.—C. S., de veintitres años de edad, de nacionalidad francesa, soltera, de temperamento excesivamente nervioso, muy delicada del estómago y muy reumática. Jaqueca cuyos ataques son terribles, y que van precedidos ó acompañados de obnubilacion visual. Cuando viaja tiene segura la aparicion de un violento ataque de jaqueca. Sus accesos no

(1) Este trabajo se está publicando, si bien con menor extension en la *Revista de medicina y cirugía prácticas* de Madrid. Puede leerse su comienzo en el n.º 178.

terminan nunca con vómitos. Algunas veces los domina prontamente con valerianato de zinc ó con éter.

Reflexiones.—Estos dos últimos casos, gracias á la levedad de los síntomas oftálmicos, son un verdadero lazo de union entre la jaqueca vulgar y la oftálmica, lo que prueba plenamente que no hay distincion radical entre ambas, sino que son modalidades distintas de la misma enfermedad.

OBS. IV.—Mujer de cincuenta y cuatro años, padece hace mucho tiempo violentas jaquecas, que nunca se han localizado en lo más mínimo en el aparato visual. Los ataques de jaqueca que presentaba siempre habian tenido forma vulgar. Pero hace pocos meses me enviaron á llamar, porque dicha mujer habia perdido del todo el uso de la palabra: cuando llegué á su lado, la habia ya recobrado enteramente, de modo que el ataque de afasia solo habia durado media hora. Durante el mismo, habia conservado la inteligencia. Cuando pasó la afasia, compareció la hemicránea, que fué seguida de muchos vómitos, que, al decir de la enferma, la aliviaban bastante. Dichos vómitos terminaban constantemente los ataques de jaqueca ordinaria que acostumbraba á padecer la enferma, y eran considerados por ésta como fenómeno favorable. En 11 de Julio me enviaron de nuevo á llamar, porque de pronto habia quedado sumida en un sueño comatoso, de que nada era capaz de despertarla: díle antiespasmódicos, y consideré dicho fenómeno como dependiente de la jaqueca. En efecto, dicho coma duró más de ocho horas, y terminó por abundantes vómitos, que persistieron largo rato. No hubo hemicránea. La enferma misma consideró este ataque como de jaqueca. Ahora hace dos meses que tiene una supuracion de la pierna izquierda, consecutiva á erisipela flemonosa, y durante todo este tiempo no ha tenido ni un ataque de jaqueca, que antes se repetia casi cada semana.

Reflexiones.—Este caso nos demuestra que muchos síntomas como la *afasia*, que Féré considera propios y característicos de la jaqueca oftálmica, se presentan tambien en la *no oftálmica*, con lo que se hace perder á aquella gran parte de los caracteres distintivos en que se fundaba su autonomía. En cuanto al *coma* de que he hablado, no dudo que pertenece á la jaqueca, pues sobrevino sin causa conocida, fué transitorio, duró lo que en esta mujer acostumbra á durar un ataque de jaqueca, terminó con vómitos, é hizo á la misma enferma el efecto de una jaqueca. Digo esto último, porque á veces importa fiarse algo en el instinto ó experiencia de los mismos pacientes. Por otra parte, no es este un hecho sin precedentes en la historia de la jaqueca. Se trata aquí del fenómeno descrito por Liveing y observado por varios autores

y denominado por aquél *Drowsiness*. Este sopor (que debe distinguirse totalmente del sueño reparador que termina los ataques), es un síntoma bastante raro, que no alivia al enfermo, y comparece, ya antes, ya durante el ataque, en cuyo caso disimula, borra ó sustituye á la cefalalgia.

El hecho que acabo de referir prueba, por su último ataque, que hay accesos de jaqueca sin hemicránea.

En cuanto al fenómeno de detencion de los ataques por la aparicion de otra afeccion, ya habia sido observado por muchos prácticos.

Obs. V.—Jóven casado, de veintisiete años, pasamanero, muy nervioso y bastante inteligente. Moreno, flaco, pálido, pero fuerte, robusto, forzado; muy hablador, y de ojos negros y animados, en fin, dotado de un temperamento quijotesco.

Años hace que tiene jaqueca oftálmica, que no han podido dominar los infinitos medicamentos que ha tomado. La jaqueca comparece habitualmente cuando ha trabajado mucho su cerebro, aunque á veces dice que el verse obligado á reflexionar mucho, aminora y abrevia los ataques. Dicho individuo está muy bien del estómago y del hígado; conserva bien el apetito y no padece de otra enfermedad que la jaqueca. Asegura que el beber leche le provoca el ataque, al fin del que vomita grandes cantidades de aguas biliosas, al paso que siente opresion de estómago. Empieza el ataque de jaqueca por la alteracion visual; se afecta un solo ojo, mientras que el otro queda del todo normal. En el ojo que se perturba comienza el acceso por la aparicion de una mancha oscura en la parte externa del campo visual, viendo los objetos correspondientes á dicha parte de un modo confuso. Esta mancha va adelantando lentamente hácia la parte media del campo visual, no pasando nunca más allá de la mitad de ésta, pero llegando casi siempre á ella; los límites entre la parte clara y la oscura no son muy bien determinados, sino que entre ambos hay una ligera gradacion de tonos. Esta hemiopía no está dotada de movimientos bruscos, sino que se establece y se disipa lenta y progresivamente. Pero hay á veces en el campo visual una mancha oscura rodeada de anchos bordes brillantes, no quebrados, sino ondulados, todo lo que está dotado de un movimiento espiral y circular que le fatiga extraordinariamente, pues es un movimiento rapidísimo. De los objetos que corresponden á la parte oscura del campo visual, cuando los mira únicamente con el ojo enfermo, sólo aprecia los contornos, Si algun dia el mal se acentúa, deja de verlos del todo. Los objetos que corresponden á la mitad clara del campo visual se ven como en estado normal. Al cabo de un cuarto de hora á media hora, la hemiopía ó el escotoma cen-

telleante se desvanecen y se presenta en la parte opuesta del cráneo, esto es, en la que corresponde al ojo sano, un dolor muy molesto, á veces intensísimo, que se limita muchas veces á la sien, pero que en otras ocasiones llega á la línea media del cráneo, de la que nunca pasa en lo más mínimo. El dolor comparece en un lado ú otro de la cabeza, segun el ataque, y la alteracion ocular siempre se muestra en la parte opuesta á la en que aparecerá el dolor. La hemiopia monocular no falta en ningun acceso; el escotoma centelleante es más inconstante. Los intervalos entre cada ataque son muy variables.

Al cabo de un cuarto de hora de padecer el dolor hemicránico de la jaqueca viene un vómito bilioso y á éste siguen otros. El ataque va calmando lentamente, y al parecer ó por lo ménos segun el enfermo cree, calma más aprisa si se ayuda el vómito, y con más lentitud ó hasta se agrava, si se procura detener la emesis. Es muy variable la duracion total del acceso.

Reflexiones.—En esta observacion se encuentran los caracteres clásicos de la jaqueca oftálmica, excepto que el enfermo acusaba solo hemianopia monocular, siempre del lado opuesto al en que comparecia la cefalalgia. Esto es un fenómeno excesivamente raro para que no merezca llamar un poco nuestra atencion. Por de pronto, conviene saber que las alteraciones oculares de la jaqueca tienen probablemente un origen central, y lo prueba su asociacion frecuente con la afasia y las parálisis. La hipótesis más admitida es la de que seria producida la migraña por perturbaciones vaso-motoras en la periferia del cerebro, debidas á trastornos del simpático. Sea verdad ó no esta hipótesis, lo cierto es que la afasia, más que ningun otro síntoma, ha de depender por fuerza de un trastorno del cerebro, y su asociacion frecuente con las perturbaciones oculares en la jaqueca, asigna racionalmente á ambas un origen análogo. Sentado este precedente, tendríamos que la jaqueca podria servir para el estudio de las localizaciones cerebrales. Y si bien J. Grasset (1) dice «que deja á un lado, como desprovistos de todo valor demostrativo, todos los hechos de hemiopia ligada á la jaqueca ó al histerismo, porque no hay allí más que presunciones del origen cerebral», puedo contestarle con las siguientes palabras de Charcot, que á mi entender deben ser consideradas como indudablemente ciertas. «Hay otro grande hecho en la historia de

(1) *De l'amblyopie croissée et de l'hémiopie dans les lésions cérébrales.* Montpellier, 1883, pág. 6, et in *Montpellier médical.* Février, 1883.

las neurosis en general, escribe Charcot (1), y del histerismo (2) en particular, que muestra muy bien que estas afecciones no forman en la patología una clase aparte, gobernada por otras leyes fisiológicas que las leyes comunes. Es que su sintomatología se acerca siempre y á menudo muy estrechamente á las enfermedades con lesiones materiales. Y la semejanza es algunas veces tan notable, que convierte el diagnóstico en un problema de los más árduos. Se ha designado bajo el nombre de *neuromimesia* esta propiedad que tienen las afecciones *sine materia* de simular las afecciones orgánicas. Entre la hemianestesia vulgar de las histéricas y la que depende de una lesión en foco, la analogía es notable. En realidad existe el mismo síndrome en ambas. La misma semejanza hay entre la paraplegia espasmódica de las histéricas, y la que depende de una lesión orgánica espinal (impotencia motriz, rigidez, exageración de los reflejos tendinosos, conservación del relieve muscular). Esta semejanza que desespera á veces al clínico, debe servir de enseñanza al patólogo que, detrás del síndrome común, entrevee una analogía de sitio anatómico y *mutatis mutandis*, localiza la lesión dinámica, según los datos que arroja el examen de la lesión orgánica correspondiente. Y esto nos conduce á reconocer que los principios que rigen el conjunto de la patología son aplicables á las neurosis, y que en éstas también se debe procurar completar la historia clínica, pensando anatómicamente y fisiológicamente». Así, pues, si hemos de creer á Charcot, nos es permitido buscar la localización cerebral de que dependen los síntomas de la jaqueca, aunque en la autopsia, dado caso de que sea posible, no encontremos absolutamente lesión alguna. De deducción en deducción llegamos á esta conclusión: «la hemiopia monocular de nuestro enfermo debía depender de la alteración pasajera de una cinta óptica, ó de un punto de un hemisferio cerebral». Sin embargo, no era posible que fuera lesión de una cinta óptica, porque siendo el ataque de jaqueca eminentemente pasajero, no se concibe que pudiese influir directamente sobre la cinta óptica de otro modo que por perturbaciones vaso-motoras, y ¿se puede admitir que estas perturbaciones se limiten en cada ataque á la mitad cruzable de dicha cinta, sin tocar en lo más mínimo la mitad directa? ¿Puedese soñar, ni por un momento, en una independencia circulatoria de ambas mitades de la cinta

(1) CHARCOT: *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, pág. 15.

(2) Lo que Charcot dice del histerismo, con igual fundamento puede aplicarse á la jaqueca.

óptica? Charcot y Feré aceptan que en ciertos tumores, en ciertas hemorragias cerebrales, la hemiopia binocular depende de la compresion de la cinta óptica correspondiente al hemisferio enfermo, por aumento de volúmen de éste, pero no es esta hipótesis aplicable á mi caso: 1.º porque la hemiopia de mi enfermo no correspondia al período de la jaqueca considerado por casi todos los modernos como congestivo (en cuyo caso podriase aceptar dicho aumento de volúmen del hemisferio), sino que aparecia en el período que Latham y otros han atribuido con riqueza de pruebas al espasmo vascular; y 2.º porque no seria posible que en cada ataque fuese comprimida tan sólo la mitad y siempre la misma mitad de la cinta óptica. Queda, pues, del todo rechazada la idea de que la hemiopia dependiese de una alteracion de la cinta óptica.

Resta la última hipótesis, la de una perturbacion cerebral como causante de esta hemiopia monocular. Pero antes bueno será que procedamos á una investigacion indispensable; á la de saber hasta qué punto podemos dar por cierta la afirmacion del enfermo, de que su hemiopia era monocular. Este enfermo era muy inteligente, de carácter bastante observador, é incapaz de mentir, en lo que por otra parte no tenia interés ninguno. Padece esta jaqueca oftálmica hace ya demasiados años, para que no haya tenido tiempo de estudiar cuidadosamente este fenómeno. Me habló de su hemiopia en 1880, y un año despues volvió á presentármese, y me refirió los síntomas de su mal exactamente con los mismos detalles que la otra vez, los que yo tenia apuntados en mis cuadernos de notas clínicas. Dice que se da exacta cuenta de su hemiopia cerrando un ojo y mirando con el otro, y luego haciendo esto mismo á la inversa, en cuyo caso nota muy bien que tiene hemiopia de un ojo, mientras que el otro queda normal. Hay enfermos que se preocupan y creen tener la hemiopia en un solo ojo, cuando en realidad es doble; pero en mi caso no puede admitirse esta preocupacion, porque, segun el ataque, la hemiopia muda de ojo, siendo siempre el opuesto al en que comparece la cefalalgia, con lo que el enfermo no puede haber adquirido el hábito de acusar el mismo ojo. Podriase aceptar que el dolor cefálico de la jaqueca es capaz, por su intensidad, de disfrazar la alteracion ocular del lado del tal dolor, mientras que permitiria que el enfermo notara la alteracion del ojo del lado indoloro; pero se debe tener en cuenta que en mi caso, como en casi todos los de jaqueca oftálmica, los disturbios oculares preceden de largo rato á la aparicion del dolor. Así es que podemos racionalmente admitir que el enfermo no se equivocaba ni nos enga-

ñaba al afirmar que su hemiopía era monocular y siempre del ojo opuesto al dolor.

Aceptado todo esto tendríamos en resúmen lo siguiente: «una lesion de un hemisferio cerebral, dando hemiopía de un solo ojo, correspondiendo la pérdida de la vision á la parte interna de la retina (puesto que la hemiopía es externa), esto es, á la parte de tal membrana animada por el fascículo cruzado». Para explicarnos esto tendríamos que admitir que en algun punto del cerebro cada fascículo cruzado de las fibras ópticas debe marchar independiente del otro fascículo cruzado y de los dos directos, ó cuando ménos, que cada fascículo, tanto los cruzados como los directos, deben tener centros de origen separados, aunque están muy próximos y tan relacionados como se quiera. Me veo obligado á aceptar ésto, porque ni el esquema de De Graefe, ni su próximo pariente el de Feré, ni el ya insostenible de Charcot, ni el excesivamente complicado, pero hasta ahora necesario, de Grasset, dedicados todos á explicar la marcha de las fibras ópticas, bastan para dar satisfactoria cuenta de una hemiopía monocular.

Si no hubiera en los archivos de la ciencia algun dato que concordara con este caso, yo mismo lo hubiera rechazado, por la sencilla razon de que nadie puede soñar presentando un solo hecho, y aun de enfermedad *sine materia*, en derribar una hipótesis apoyada en infinidad de observaciones clínicas, anátomo-patológicas y hasta experimentales. Pero cabalmente Munk (1) ha dado á conocer un hecho poco esperado, y es que el origen de los fascículos directos y cruzados en el mono, como en el perro, están separados uno del otro. Si se corta la mitad lateral de la esfera visual izquierda del mono, el fascículo cruzado es el único que se afecta. La mitad lateral del ojo izquierdo queda ciego, mientras que el ojo derecho no presenta uinguna perturbacion visual. Por la destruccion de la mitad media ó interna de la esfera visual izquierda, al contrario, la parte media ó interna de la retina, animada por el fascículo cruzado, será la única ciega, mientras que en el ojo izquierdo no se produce ninguna perturbacion.

Feré se extraña de este hecho, de modo que dice (2): «si esto es verdad, debe decirse que entre la estructura de la esfera visual del hombre y la del mono, á pesar de analogías aparentes, existe una diferencia radical». Esta diferencia seria tanto más extraña, cuanto que no existiria en el cerebro

(1) *Verhandlungen der Phys.* 12 Abril, 20 Diciembre 1878 y 4 Julio 1879.

(2) *Féré, Contribution á l'étude de troubles fonctionels de la vision par troubles cérébrales.* Paris, 1882, pág. 31.

de perro y en el de mono, y no comprendo cómo la teoría evolutiva nos explicaría una organización cerebral tan distinta entre dos seres tan próximos en la escala animal, como el mono y el hombre. Si se aceptase como bueno mi caso, esta extrañeza desaparecería; la experiencia de Munk se habría confirmado en el hombre, y entre los centros visuales de éste y los del mono no existiría, en realidad, como la razón demuestra que no puede existir, ninguna diferencia radical.

No creo que se dejase de encontrar en el terreno clínico casos que conformasen con el mío, entre ellos hechos que hasta ahora no se ha sabido explicar sino considerándolos como ambliopías parciales cruzadas, como estrechamientos laterales del campo visual, en una palabra, como falsas hemiopías monoculares, y esto tanto más, cuanto que no siendo iguales en tamaño los fascículos directo y cruzado de cada ojo, la hemiopía no debe detenerse por precisión en la parte media del campo visual. Llegado á este punto, bueno será hacer constar que en mi enfermo había verdadera hemiopía y no estrechamiento del campo visual, porque la pérdida de la visión empezaba en la parte más externa de éste, no pasando nunca del centro del mismo, al que no siempre llegaba.

Parinaud refiere un caso en que había hemiopía tan solo del ojo derecho; pero dicho autor, no atreviéndose á aceptar un hecho tan insólito y tan sin precedentes, creyó que el enfermo andaba equivocado. Dicha hemiopía ocupaba la mitad derecha del campo visual que corresponde á la mitad izquierda de la retina. Parinaud tenía un medio de conocer si el enfermo se equivocaba, y era hacerle mirar con un solo ojo y luego con el otro, pero al parecer no lo empleó.

Galezowski dice que en la jaqueca oftálmica «la hemiopía es monocular ó binocular. La hemiopía monocular es algunas veces lateral». El mismo autor refiere un hecho en que la hemiopía intermitente de la jaqueca oftálmica estaba solo en el ojo derecho, pero no dice en qué lado sobrevenía el dolor de cabeza.

Segun Duwez, la hemiopía transitoria es siempre más pronunciada en un ojo que en otro.

De Graefe (1) aceptaba la hemiopía monocular de origen cerebral, pues decía: «un foco inflamatorio ó apoplético de un hemisferio del cerebro no puede explicar, por los síntomas paralíticos que provoca, más que una hemiopía mono ó bilateral.»

En fin, para concluir, mi caso no demuestra nada, porque

(1) DE GRAEFE: *Sur les excavations et les saillies de la papille du nerf optique. Soc. Biol.* 27 Octobre 1860. C. R. II, pág. 151.

altan pruebas materiales, pero hace sospechar algo en favor del origen separado de todos los fascículos ópticos, tanto directos como cruzados. Y si lo unimos á las experiencias de Munk en el mono y en el perro, al caso de Parinaud y al de Galezowski, y á las opiniones de éste y de De Graefe, tendrá entónces mucho más valor, y estas pruebas, si bien no muy importantes separadas, reunidas todas juntas obligan á la revision de tan importante problema, y á que se estudien en este sentido los hechos clínicos que más adelante váyanse observando.

Obs. VI.—Compareció en mi casa en 10 de Setiembre de este año, una mujer de 64 años, que aunque de pobre posición, era bastante instruida y de capacidad intelectual mas que mediana. Se quejaba de distintas alteraciones nerviosas de carácter histérico, lo que me obligó á enterarme cuidadosamente de sus antecedentes morbosos. Dijome que desde su juventud habia tenido ataques muy violentos, que se repetian á menudo y que cesaron poco tiempo antes de la menopausia. Comenzaba el ataque con mareo y malestar indecible, de modo que preferia á este período, el hemicrónico. No tardaba en ver los objetos turbios, sin que sobre esto sepa darme minuciosos detalles, pero recuerda muy bien que en cada ataque veía muchas «*lucecitas*» que se agitaban, «*chispazos*» que atravesaban el campo visual, «*Moscas luminosas*». Las palabras entre comillas son las mismas de que se sirvió la enferma, debiendo tenerse en cuenta que esta es castellana. Venia al cabo de algun rato el dolor, que casi siempre ocupaba, como los chispazos, la parte derecha de la cabeza, si bien que ambos fenómenos en algunos ataques comparecian en la izquierda. Nunca el dolor se hallaba simultáneamente en ambos lados y se detenía exactamente en la línea media. Apenas venia la cefalalgia se presentaban los vómitos que eran biliosos y molestísimos, y duraban largo rato. Después quedaba dormida. Vino la menopausia cuando hacia pocos años que no habia tenido más ataque de jaqueca, habiendo visto su última regla cuando murió su marido; sin esta circunstancia, cree que le hubiera durado mas tiempo. Después ha tenido distintas alteraciones nerviosas muy variables de sitio y naturaleza. En la cabeza siente casi siempre un desvanecimiento que la trae preocupada. Vértigos á menudo, que la harian caer sino se apoyase. Cuando cose ó tiene que fijar sus ojos largo rato, ve los objetos como entre una niebla, sin chispas, ni escotoma centelleante. En varias ocasiones ha tenido entorpecimiento de la lengua; habla á veces tartamudeando y en otros casos le faltan palabras; afasia completa no ha tenido nunca. Existe muy frecuentemente

hormigueo del extremo superior derecho, sobre todo en los dedos. En el mismo extremo, en el antebrazo tiene á menudo la sensacion de que le corre un cabello sobre él mismo, lo que le obliga á hacer el movimiento automático de quitárselo. En algunos casos tiene anestesia muy acentuada de uno ú otro extremo superior. Zumbido de oídos casi continuo. Poco apetito; se le abulta á veces la region epigástrica. En ciertos casos se le han caido los objetos de las manos, ya á causa de la anestesia, ya de los vértigos. No tiene nunca cefalalgia. Los diversos síntomas que he enumerado son todos intermitentes, excepto la sensacion de vaguedad de la cabeza, pero no se asocian entre sí para formar ataques complexos. La enferma habla con viveza y acierto. Receto la pocion de los tres bromuros.

Reflexiones.—Este hecho demuestra que la jaqueca, en lugar de desaparecer del todo por los progresos de la edad, lo que hace á menudo es perder alguno de sus síntomas, en general la cefalalgia, como en este caso, mientras que subsisten más ó ménos desordenados, más ó ménos atenuados los demas. En una palabra, la jaqueca con la edad se transforma, pero raras veces desaparece. A una forma franca, sucede una forma larvada.

En esta enferma hubo jaqueca oftálmica bien caracterizada, pero con la edad desaparecieron los vómitos, las náuseas, la cefalalgia y el escotoma centelleante; quedó tan solo de los antiguos ataques la ambliopía pasajera, y en cambio comparecieron alteraciones que generalmente son síntomas accesorios del ataque de jaqueca, como son las anestias, los hormigueos, los vértigos y desvanecimientos y el embarazo de la palabra. Este caso tambien nos demuestra cuánto parentesco hay entre la histeria y la jaqueca. ¿Quién no hubiera tomado los síntomas actuales de esta enferma como manifestaciones de histerismo, si no estuviera enterado de los antecedentes que revelan la jaqueca, ni conociera los escritos publicados sobre esta materia, que nos demuestran que todos los síntomas que ha presentado esta mujer pueden hallarse en la jaqueca?

OBS. VII.—Es la observacion I del trabajo sobre la *epilepsia pseudo-gástrica*. No la publico aquí, pues puede leerse en la pág. 81.

OBS. VIII.—El distinguido médico, Dr. D. J. Viura y Carreras, ha tenido la amabilidad de remitirme la siguiente auto-historia clínica, la que publico en la misma forma epistolar con que me la ha enviado.

«Amigo Armangué: habiéndome manifestado V. que próximamente publicará un trabajo en el que, entre varios de

los puntos importantes que se propone tratar, figura el estudio de la hemicránea oftálmica, me complazco en transmitirle algunos datos que he podido observar durante la série de ataques de esta molesta afeccion sufridos desde que llegué á la pubertad.

En los primeros años del padecimiento hubo períodos en que los accesos se sucedieron con excesiva frecuencia, especialmente en las épocas en que la fatiga de mis facultades intelectuales era constante á causa de los estudios; siendo alumno interno de esta facultad de Medicina me vi precisado á solicitar un mes de licencia, durante el curso, para encontrar en el absoluto descanso, en un pueblo de la costa de Levante, el alivio de mis ataques de hemicránea, que no lograba alcanzar con el uso de los agentes farmacológicos que me aconsejaron los que entonces eran mis maestros, hoy honorables amigos, doctores Carbó y Robert.

Sostienen algunos autores que la hemicránea *es siempre la manifestacion de un estado general, de un estado constitucional*. Considero esta afirmacion demasiado absoluta, así como creo exagerada la tendencia dominante hoy, admitiendo como una de las causas predisponentes que deben colocarse en primer término el reumatismo. Es indudable que esta diátesis juega importante papel en la patogenia de varios procesos morbosos, pero no siempre será causa única de tal ó cual enfermedad. Así, juzgo arriesgado admitir, como afirman algunos, que la corea, por ejemplo, se halle siempre ligada al reumatismo.

Los casos citados en los textos son la, mayoría de veces, simples coincidencias; no todos los hemicránicos (permitase la palabra), son reumáticos ó artríticos, pues siendo enfermedad muy comun es posible encontrarla en individuos que sufren estados patológicos, diversos é independientes en muchas ocasiones.

No he sufrido, ni padezco en la actualidad, enfermedad diatésica alguna. Desde que llegué á la pubertad, hasta hoy, (he cumplido 32 años), los accesos de jaqueca se han sucedido con suma frecuencia, siendo debidos constantemente á una alteracion en las funciones digestivas, ó á una excitacion cerebral intensa (exceso de trabajo intelectual; emocion moral profunda).

Hay ciertos alimentos, como las féculas, que son para mí causa indudable de los accesos. Basta comer judías, para que antes de las 24 horas sufra un violento ataque de hemicránea. Y adviértase que la perturbacion digestiva no es consecutiva al ataque, sino que la precede, pues, comiendo habas, hoy, son expelidas por vómito durante el ataque á las 20 horas

de haberlas ingerido, sin presentar indicios de iniciarse en ellas la digestión gástrica. Encontrándome en Bagnères de Luchon, fui una mañana á visitar la cascada d' Enfer y tomé allí un vaso de leche helada; á las tres horas sufría un violentísimo ataque de jaqueca. He experimentado, á veces, emociones morales de profundo disgusto á las pocas horas de comer; un acceso de hemicránea ha sido la consecuencia.

Describiré á grandes rasgos el acceso. Me encuentro alegre, sin malestar de ninguna clase, en la calle, en mi bufete, en un teatro, etc., y noto, de repente, que se altera mi visión. La mayor parte de veces veo simples zigs-zags luminosos sobre los objetos en los que fijo la vista; en otros casos disminuye mi campo visual, y solo veo la mitad de las personas ó cosas á quienes miro. En alguna ocasión, rara por cierto, he notado ligera afasia durante esta fase del acceso, y en otros, sin afasia, vivo hormigueo y un tanto de paresia en el miembro superior izquierdo.

Al cuarto de hora de notar los fenómenos visuales, siento algun escalofrío, náuseas y una indiferencia extraordinaria para todo lo que me rodea; me separo de las personas más queridas; me alejo del ruido, solo anheló tumbarme en la cama, que me dejen aislado, á oscuras y procuro por todos los medios facilitar el vómito. Mi facies revela el sufrimiento, estoy pálido, la temperatura del cuerpo es la normal ó algo más baja, el pulso algunas veces lento. Junto con estos fenómenos aparece una cefalalgia intensísima, distinta de la cefalalgia que acompaña á las pirexias y á otros estados patológicos, síntoma el más molesto y pertinaz de cuantos constituyen el síndrome del acceso; el dolor ocupa siempre el lado izquierdo de la cabeza; es constrictivo y produce una impresión como de taladro en la región frontal; no aparecen nunca puntos dolorosos, ni me ha sido dable observar en ninguna ocasión la sensibilidad dolorosa de las apófisis espinosas de la región cilio-espinal que ha hecho constar el Dr. Schacht.

A las dos horas de iniciado el ataque acostumbro vomitar, á no ser que solicite antes la emesis á beneficio de los medios que la práctica me ha enseñado logran más rápidamente este efecto, que tanto ansio en aquellos momentos, pues generalmente decrecen los síntomas en cuanto se expelen los materiales contenidos en el estómago, subsistiendo entonces la cefalalgia, cierta debilidad de la vista que se prolonga hasta la conclusión del acceso y una tendencia marcada al sueño. Durante esta segunda fase del mal la temperatura del cuerpo se eleva, la conjuntiva del lado izquierdo se inyecta, noto calor en el mismo lado de la cabeza, las mejillas se hallan

encendidas, el pulso es más frecuente y expelo una cantidad notable de orinas sumamente claras.

Si logro un vómito completo, remite un tanto la cefalalgia y me duermo. A las tres ó cuatro horas acostumbro despertar tranquilo, pero abatido y con una sensación de estremecimiento sobre la region donde antes noté la cefalalgia. No es infrecuente que al despertar experimente vivos deseos de comer, digiriendo sin sufrimiento de ninguna clase los alimentos que se me presentan. Algunas veces fumo y me entrego á trabajos mentales dos ó tres horas despues del ataque, sin notar la menor molestia.

La série de fenómenos referidos constituyen el tipo de los ataques que generalmente sufro, con intervalos muy variables, y que me obligan á suspender repentinamente mis ocupaciones, por importantes que sean. A parte de esta forma, he notado otros ataques de menor importancia, que aun molestándome, no me imponen un descanso absoluto.

Despues de la observacion constante de estos hechos, al leer las diversas teorías emitidas para explicar la fisiologia-patológica de la hemicránea, no puedo menos de inclinarme á la opinion sustentada por Jaccoud. Tengo tambien para mí, que en la jaqueca hay dos fases; 1.^a excitacion anormal del simpático; 2.^a parálisis del mismo por agotamiento que marca la declinacion y el término del paroxismo. Reconozco que en otros casos la hemicránea podrá considerarse como una neurosis complexa, como quiere calificarla Grasset, pero en mi caso particular es más lógico aceptar la teoría vaso-motriz para dar cumplida explicacion á los hechos apuntados.

Debo hacer constar que entre los innumerables medicamentos ensayados para aliviar esta dolencia, solo en el bromuro potásico he encontrado algunos efectos favorables. Hoy me limito á nutrirme bien, escogiendo alimentos de fácil digestion y desechando toda sustancia que pueda hacerla laboriosa.

Su atento etc. etc.»

Reflexiones.—Debo añadir á la anterior historia clínica, que al comienzo del ataque, el Dr. Viura ve todos los objetos irisados, pues asi me lo manifestó de palabra. Esta observacion, escrita con la maestría que le es habitual á dicho señor, tiene un solo defecto, y es que no ha descrito con toda la minuciosidad que se merecen los síntomas oftálmicos, lo que, sin embargo, me sirve bastante para la demostracion de la identidad de ambas jaquecas, pues, gracias al semidescuido en que han sido dejados dichos síntomas, la historia en conjunto apenas se distingue de la que podria hacerse de una jaqueca vulgar. ¿Quién despues de leida la anterior observa-

cion se atreverá á decir que se trata de una especie morbosa distinta de la migraña ordinaria?

OBS. IX.—El Dr. Robert me ha referido que en dos ocasiones distintas ha presentado *teikopsia*. Veia líneas quebradas como trazados de fortificacion, formando un triple recinto (esto es, trazados concéntricos), brillando con luz plateada intensa, dotadas de movimiento oscilatorio muy acelerado. Dice que este fenómeno le impedia leer y que le atormentaba extraordinariamente. Dicho señor es reumático y tiene á veces una sensacion en la cabeza que le anuncia el tiempo tempestuoso. Parécete entonces que le clavan un cuchillo en la cabeza, aunque esta comparacion no da más que una idea ligerísima del dolor que siente; dice, que si en lugar de durar uno ó dos segundos durara un minuto, está seguro que no lo resistiría. Dolores neurálgicos en el trigémino derecho, que han ido á veces acompañados de alteraciones tróficas. Así ha tenido durante una temporada de neuralgia, una série de algunas docenas de orzuelos, en los párpados derechos. Tambien tuvo ligeras opacidades del vitrio, que con la disminucion en la frecuencia de los dolores, han desaparecido. A veces tiene desvanecimiento; á veces, pierde la sensacion de la gravedad y le parece estar suspendido en el aire; en ocasiones tiene un ligero grado de agarofobia. En ciertos casos presenta afasia incompleta, antonomasia, agrafia ligera, pero nota estos defectos.

Reflexiones.—Es esta una afeccion oscura á primera vista, pero la existencia de la *teikopsia* nos revela su naturaleza; es una jaqueca oftálmica de forma larvada; en ella la hemi-cránea propiamente dicha ha sido reemplazada por neuralgia unilateral del trigémino; su naturaleza íntima es la de la jaqueca. En el curso de esta Memoria ya tendremos ocasion de referir ó citar casos de otros autores, que no se presentaron con ménos anomalías.

REVISTA GENERAL.

Mi objeto al escribir el presente artículo, es dar á conocer el estado actual de ésta cuestion, que ha tenido el privilegio de ser tratada en estos últimos veinte años por un gran nú-

mero de excelentes clínicos. Al paso que expondré la historia y los caracteres más importantes de esta afección, me esforzaré en determinar si debe ser ó no considerada independiente de la jaqueca ordinaria, si la unen ó no estrechos lazos de parentesco con otras neurosis, y si debe ó no considerarse enfermedad inofensiva. De paso pondré á contribucion cuantos escritos dignos de mencion hayan sido publicados sobre esta materia, y apuntaré cuantas ideas notables se hayan emitido sobre la misma, á fin de que este trabajo sea una verdadera *revista general* de la literatura de tan importante asunto.

«Jaqueca oftálmica, es, segun Féré, la afección caracterizada por perturbaciones oculares variadas, consistiendo, sea en sensaciones subjetivas de un espectro luminoso, coloreado ó no, sea en la alteracion del campo visual, etc., precediendo la aparicion del dolor de cabeza que reside en general en un punto limitado de la sien, de donde se irradia á la mitad del cráneo, del lado en que se han manifestado las alteraciones oculares (1).» En conformidad con las ideas que posteriormente procuraré establecer, la defino de la siguiente manera: «La jaqueca oftálmica es aquella variedad de la jaqueca, en que predominan sobre los demás síntomas los síntomas oculares.»

Aunque es verdad que casi siempre son muy intensos en ella el dolor de cabeza y los vómitos, estos síntomas, si bien que no tan constantes como generalmente se cree, son comunes á todas las variedades de jaquecas, por lo que no sirven para caracterizar ninguna.

La jaqueca oftálmica ha sido denominada de muy diversas maneras, segun el punto de vista bajo que la ha mirado cada autor. Algunos, tomando la parte por el todo, esto es, estudiando los fenómenos oculares sin conocer su íntima relacion con la jaqueca ó no haciendo suficiente caso de la misma, han dado una denominacion en que solo se procuraba expresar la perturbacion visual. Así Mauthner la ha llamado «*escotoma centelleante hemiópico*;» Fothergill y Airy «*Teichopsia*» aludiendo á las líneas quebradas que limitan el escotoma, las que imitan recintos fortificados; Dianoux y Listing «*escotoma centelleante*;» Förster, «*amaurosis parcial, fugaz ó temporal*;» Holland «*suffusio dimidiatis*;» Testelin y Warlomont, «*hemioptia periódica*;» Piorry, «*irisalgia*;» Duwez, «*hemianopia falsa*;» y otros, por fin, la han nombrado «*escotoma chispeante*;» Parry, Wollaston y Liveing llamáronla «*ceguera cefalálgica*.»

(1) CH. FÉRÉ. *Contribution á l'étude de la migraine ophthalmique.* Revue de médecine, (1^{re} année, p. 625.)

Galezowski, concediendo igual importancia á la hemicraneá que á la alteracion ocular, llamóla «*jaqueca del ojo*» y «*jaqueca oftálmica*,» nombre bastante feliz y que ha sido adoptado por Charcot, Féré, Parinaud, Despagnet, Delaporta, Bonnal, Gauté, Raullet, Deyfrus-Brisac, Dor y Meyer. Sin embargo, Piorry ya habia usado este nombre, aunque con ménos fortuna.

En cuanto al modo cómo designaré dicha afeccion en español, debo advertir que traduciré siempre el término *migraine* usado por los franceces, por *jaqueca*; porque si bien el nombre *hemicránea* tiene más aspecto científico y se presta á derivados como *hemicránico*, etc., propiedad que la palabra *jaqueca* no posee, es actualmente absolutamente insuficiente. Ni en la *jaqueca* el dolor se limita siempre á media cabeza, sino que á veces se extiende á ambos lados, ni la sensacion craneana ó cerebral constituye toda la enfermedad, pues tambien deben ser tenidas en cuenta las anestias y parálisis de los extremos, los vómitos y otros síntomas que fuera muy largo enumerar, ni puede negarse que hay ataques de *jaqueca*, esto es, accesos que por infinidad de caracteres deben ser considerados de verdadera *jaqueca*, en los que sin embargo falta del todo, el dolor de cabeza. En el estado actual de nuestros conocimientos médicos, casi podemos asegurar que han desaparecido los síntomas patognomónicos de la inmensa mayoría de las enfermedades, por lo que no debe ser permitido denominar á ninguna por un solo síntoma. Hé aquí por qué, nombres tan gráficos, y hasta si se quiere, felices, como «*ataxia locomotriz*,» «*bocio exoftálmico*» tienden cada dia más á desaparecer. El término «*hemicránea*» debe, por lo dicho, ser reservado para expresar un síntoma de la *jaqueca*, la cefalalgia limitada á la mitad de la cabeza, pero de ningun modo puede abarcar la afeccion en conjunto. Hay en español otro nombre que tiene la ventaja de parecerse á los de casi todas las naciones europeas, y que es el único que empleamos en nuestra propia lengua los catalanes. Me refiero al nombre *migraña*, que sin embargo es poco eufónico y cuyo derivado *migrañoso* es extremadamente feo.

Este nombre, *migraña*, tiene etimológicamente el mismo valor que *hemicránea* (*νμικρατία*), del que no es más que una corruptela. Pero gracias á esta misma corrupcion, puede aplicarse á toda la enfermedad, mientras que el de *hemicránea*, debe referirse, como ya he dicho, á un solo síntoma.

I.

APUNTES HISTÓRICOS Y BIBLIOGRÁFICOS DE LA JAQUECA OFTÁLMICA.

Uno de los motivos que me han impulsado á hacer esta *Revista general* ha sido el deseo de combatir la tendencia que van mostrando los autores franceses de atribuir el mérito de haber descrito, antes que nadie, esta variedad de la jaqueca, á Galezowski. Este autor y los franceses que despues de él han tratado con más lucidez este asunto, esto es, Charcot y Féré, conocian bastante bien que no eran ellos los primeros en describir tal afeccion, de modo que todos citan francamente los excelentes escritos que sobre la misma habian sido publicados anteriormente. Pero como muy amenudo acontece, los *dioses menores*, los *discipulos*, exageranse el mérito de su maestro, y no igualándole en erudicion, faltos de conocimientos bibliográficos suficientes, atribúyenle méritos en que él mismo estaba léjos de soñar. Así algunos discipulos de Galezowski creen, y así lo estampan, que este excelente oftalmólogo es el que ha descubierto la jaqueca oftálmica.

Esta asercion va hallando eco, y peligro corremos si nadie no les va á la mano, que buen número de nuestros colegas franceses consideren á Galezowski como el Colon de la *jaqueca oftálmica*, del mismo modo que Romberg y Duchenne de Boulogne lo fueron de la *tabes dorsal*.

Así Félix Despagnet escribia en el año pasado las siguientes palabras: «Mi maestro ha sido el *primero* que haya hablado de la *jaqueca oftálmica* (1).» F. Gauté, dice: «En su memoria de 1878. (*Archives générales de médecine*), Galezowski ha demostrado que la jaqueca puede localizarse en el ojo» frase errónea, pues antes que Galezowski, dos centenares de autores demostraron lo mismo (2).

El mismo Dreyfrus-Brisac (3), erudito redactor de la *Gaz. hebdo. de Paris*, dice que «la memoria de Galezowski es, si debe decirse la verdad, la primera exposicion didáctica de la jaqueca oftálmica, mirada bajo todos sus aspectos, como entidad morbosa distinta » Dreyfrus-Brisac sabe que otros autores hablaron de esta afeccion, pero solo debe saberlo por

(1) Despagnet. *Clinique ophthalmologique du Dr. Galezowski 1882. Recueil d' ophthalmologie*, p. 93.

(2) F. Gauté (de Tarbes). *De l' influence de la goutte sur les affections et les opérations de l' œil Recueil d' ophthalmologie*, 1881. p. 333.

(3) L. Dreyfrus-Brisac *De la migraine ophthalmique. Gazette hebdomadaire de méd. et de chir. Paris, 1883, n.º 29; 20 Juillet, p. 477.*

las citas bibliográficas que se hallan en los trabajos de Féré y Galezowski, y no por haber leído nada de los primeros, porque sino, no ignoraría, que exposiciones didácticas tan completas como la de Galezowski y anteriores á la de este son las de Latham y de Liveing. En cuanto á considerarla como entidad morbosa distinta, Förster, como no tardaré en demostrar, también se anticipó á Galezowski. No hay que hacer de esto un mérito ni al uno ni al otro, porque este modo de comprender la jaqueca oftálmica (perdone el ilustrado Féré), es, á mi ver, un evidente error, y por cierto que el mismo Dreyfrus-Brisac es de esta mi opinion.

Bueno será, pues, que vayamos estudiando lo que de este asunto han dejado escrito los más ilustres autores, de lo que sacaremos en claro entre otras cosas; 1.º, que esta modalidad de la jaqueca es de muy antiguo conocida; 2.º, que ha sido descrita de un modo inmejorable por autores anteriores á Galezowski; 3.º que á éste y á los escritores posteriores á éste, sólo les queda el mérito de haber demostrado que dicha afeccion puede dejar alteraciones permanentes y hasta llegar á causar la muerte, y aun en cuanto á esto habría mucho que decir, pues algunos datos análogos hallamos en autores más antiguos.

Abraham Vater (1) primero y luego él mismo en colaboración con Heinicke, han sido los primeros que hayan publicado un trabajo importante sobre la hemiopia fugaz ligada con la jaqueca. En sus escritos, que presentan un grande interés para la historia de la oftalmología se encuentran ideas, que segun Nagel, adelantan de un siglo y medio á la época en que han sido emitidas. Refieren tres casos de hemiopia, de los que quiero citar el siguiente porque los lectores reconocerán en él un ejemplo típico de jaqueca oftálmica. «Religiosus cum tenuissimo victu tempus quadragesimale celebraret, subito vehementer capitis dolore obrutus, brevi post oculorum asie hebetata, tandem vim a latere ita amisso, ut nomen, expluribus syllabis combinatum, non nisi capite et oculis, quamlibet syllabam seorsim sequentibus, legere puerit. Pariter inter duos vel plures ambulantes, junctim sociatos, usum solum e directo sibi obvium vidit. Speculum inspiciens dimidium saltem oculi et pupillæ representari semper observavit.» La descripción que hacen de esta afec-

(1) Vater. in *Diss. de duobus visus vitiis altero duplicato, altero dimidiato*, 1713, Wittembergæ.

Abrahami Vater et J. Christiani Heinicke. dissertatio, qua visus duo vitia rarissima, alterum duplicati, alterum dimidiati, physiologicæ et pathologicæ considerata exponuntur. Wittemberg. 1723. y g. l. Nagel's Referat. in Zehenders's Monats Bl. VII s. 428, 1873.

cion hasta entonces desconocida, es seguida de consideraciones patogénicas bastante racionales. Ellos han sido los primeros, fundados en estos casos de hemiopia, en presentar de un modo correcto y científico la teoría de la semidecusacion de las fibras ópticas en el quiasma, teoría que anunciada por Newton, ha sido hasta en nuestros tiempos combatida, para irse apoyando cada día sobre más sólidas bases.

Segun Vater y Heinicke la causa de la alteracion visual en los tres casos observados será un trabajo patológico de uno de los hemisferios cerebrales, á consecuencia del que, en las fibras nerviosas correspondientes toda funcion estaria suspendida; quizas hasta la parálisis del nervio sería determinada por la compresion que ejercerian sobre estas fibras la dilatacion de los vasos arteriales. Refiriéndose á esta teoría de Vater, decia el célebre oculista Nagel en 1869: «¿Por ventura hoy dia sabemos mucho más que esto?»

Lazerme, en 1748, no hacia más que aludir á esta cuestion en las siguientes palabras. «In hemicraniâ acerbissimâ, œopiusque recurrente, oculus lateris affecti læditur» (1).

Stoll con el nombre de *Hemicránea crónica*, refiere un caso en que hubo obnubilacion de la vista. «Fœmina 24 annorum: menstrua semper bona. A septem septimanis dolor sinistram capitis partem occupans, et ad oculum se extendens. Hunc præcessit octidua visus obnubilatio, oculus sinister lacrimans» (2).

Este caso fué observado en 1776.

Cita Plenck la *hemiopia nervea*, sobre la que no se extiende en detalles, aunque bien se deja entender que se refiere en gran parte á la *jaqueca oftálmica*, pues cita como ejemplo de dicha *hemiopia*, el caso referido por Vater y que yo anteriormente he copiado (3).

El mismo autor bajo el nombre de *amaurosis espasmódica* entiende entre otras amaurosis, aquellas que dependen de un violento dolor de cabeza. «Hœc amaurosis oritur..... à dolore vehementi capitis, etc.» (4).

Pero uno de los que con más lucidez ha hablado de la *jaqueca oftálmica* es Tissot, quien sin embargo, con más razon que algunos contemporáneos nuestros no la consideraba más que una modalidad de la *jaqueca vulgar*, y no una es-

(1) *Tractatus de morbis internis capitis*; authore Jacobo Lazerme. — Amstelodami, 1748

(2) *Ratio medendi, in Nosocomio practico vindobonensi à Maximiliano Stoll. Pars quinta*. Venetiis, 1795.

(3) Josephi Jacobi Plenck. *Doctrina de morbis oculorum*, Viennæ, 1783, p. 197.

(4) Plenck., loc. cit. p. 182.

pecie morbosa del todo distinta de la misma (1). «El ojo que padece lagrimea algunas veces de continuo como si tuviera un cuerpo extraño, y aun en ciertas ocasiones está encendido mientras dura el acceso; en otros casos ven los enfermos llamas de fuego, chispas y fantasmas».

Mas allá refiere el siguiente caso: «Asistí á una consulta en que se trataba de un oficial al servicio del Austria, de treinta y dos años, cuya hemicránea tenia tambien caracteres nerviosos muy marcados. Desde la edad de nueve años, estas son sus propias palabras, padezco una jaqueca, que al principio me atacaba todos los meses y algunas veces más amenudo, aunque tambien se ha pasado un año sin que me dé. Principia por los ojos; cuando estoy más descuidado todo lo veo turbio, pero más en un lado que en el otro, lo mismo que le sucede á una persona cuando mira al sol; esto dura unos diez minutos, y en seguida se duermen el brazo y la pierna del mismo lado, que unos dias es uno y otros dias es otro. Siento en ellos como si tuviese hormigas, y lo mismo en la boca y en la lengua y me cuesta algun trabajo el hablar. Esto se prolonga por un cuarto de hora; en seguida principian los dolores de cabeza, pero solo en las sienas, en donde persisten con mucha fuerza por espacio de 6 á 7 horas; cuando puedo vomitar me pongo mejor. Estos accesos repiten en todos tiempos y á todas horas y la sangría me alivia muy poco.» Este caso es de los más completos, pues ni siquiera falta la paresia de los extremos y el ligero grado de afasia que tan á menudo se encuentran en la jaqueca oftálmica.

Tissot ha sido el primero en dar á conocer que la jaqueca no es una afeccion tan poco peligrosa como parece, pues que ha sido seguida muchas veces de alteraciones permanentes y bastante graves.

Segun Pravaz, Demours habria sido uno de los que habrian conocido la jaqueca oftálmica en el siglo pasado (1762), pero el caso de la marquesa de Pompadour, que dicho autor relata, está lejos de ser demostrativo (2).

Wollaston estuvo sujeto él mismo á jaqueca oftálmica y de ella habla extensamente. Aunque al morir se le halló un tumor cerebral, casi es seguro que este no pudo haber producido la jaqueca, pues el primer ataque de esta compareció muchos años antes de la muerte (3). Dicho autor refiere el

(1) Tissot. *Traité des nerfs et de ses maladies*, t. XI, p. 338, 1873, Paris. Id. *Œuvres* (Lausanne) 1790, t. XIII, p. 112.

(2) Demours. *Traité des maladies des yeux*. Paris, 1818, II p. 396.

(3) Wollaston. *On semidecussation of the optic nerves*. In *Philoso-*

caso de un enfermo que tenía diez y siete años hacia, accesos frecuentes de hemiopia, sin que se debilitase la vista en el intervalo de los accesos. Relata también otros hechos de jaqueca oftálmica.

Purkinje (1) observó una especie de jaqueca oftálmica producida por el envenenamiento por la digital, y por cierto que las figuras que publica en su memoria, recuerdan las formas del *escotoma centelleante* de la migraña. Estos datos tienen una inmensa importancia, pues si atribuimos, como es natural, una patogenia análoga á dos afecciones tan semejantes, tendremos una poderosísima razón en favor de la teoría que coloca en el gran simpático el origen de la jaqueca, y por lo tanto, de la jaqueca oftálmica.

Brunton confirmó años después las experiencias de Purkinje (2).

Stadion, Sanders, Clery, Czermak, Wheatstone, Parry en 1825, Wilks en 1869, Von Graefe en 1865, Hasse, Lebert y Möllendorf se han ocupado con más ó ménos lucidez de esta materia (3).

Du Bois Reymond (4) conocía perfectamente las sensaciones oculares en la jaqueca, las que atribuye á modificaciones de presión intra-craneana determinadas por la excitación del gran simpático. A éste es debida, según él, la jaqueca, opinión que por ahora es la más racional y la más generalmente admitida.

Tyrrell nos dice que él mismo ha tenido muchas veces esta forma de amaurosis, y que había sido consultado por muchos enfermos de ambos sexos que la sufrían también (5).

phical Transactions 1824, I. p. 222, et *Med. Gaz.* vol. III p. 293 London 1829. (Traducido por Arago en *Annales de chimie*. 1824, t. XXII, p. 100.) Arago añadió á la traducción del trabajo de Wollastor, observaciones personales sobre perturbaciones análogas que se presentaban en él mismo.

(1) Purkinje. *Neue Beiträge für Kenntniss des sehens in subjectiver Hinsicht*. Berlin 1825 p. 120.

(2) Brunton. *On digitalis*, 1868.

(3) Parry. *Collection from the unpublished writings*, edited by his son vol. I, p. 557, 1825.

Wilks. *Med. Times and Gaz.* 1869. 2 January.

Von Graefe. *Zehender's Klinis Monats blatter*, 1865 p. 503.

Hasse. *Virchow's Handbuch der speciellen Patho. und Therap.* t. I. pág. 177.

Lebert. *Hand buch der praktischen. Med.* Bd. II, p. 672.

Möllendorf. *In Virchow's Archiv.* 20 Enero 1868.

Möllendorf. *Virchow's Archiv.* Bd. 41, 1867, p. 387.

Möllendorf. *Veber Hemicranie (Archiv. f. path. Anat.* XII Bd. p. 385).

(4) Du Bois-Reymond. *Zur Kenntniss der Hemicranie (Archiv. f. Anat und Physiol. und Wissensch. med.* Heft IV, 1860, p. 461.

(5) Tyrrell. *Cyclopedie of Practical Surgery*, 1841.

Dice que es «una amaurosis funcional debida á una perturbacion general.»

Tyrrell asegura, que en los casos que ha observado habia una cefalalgia intensa, vértigos é irritacion gástrica; á veces estos síntomas precedian el ataque ocular; á veces le sucedian.

Ware publica una detallada y curiosa observacion de evidente jaqueca oftálmica sufrida por un médico cliente suyo, observacion redactada por este mismo. Tanto el paciente como el oculista, á pesar de notar que un dolor hemicránico seguia á la perturbacion visual, no conocieron ni sospecharon siquiera la naturaleza migrañosa de la afeccion (1).

Pero Piorry aunque equivocándose del todo en lo que se refiere á la patogenia de la jaqueca, que atribuia á una neuralgia del iris, ha sido, más que todos los anteriores, quien ha descrito mejor la sintomatología de la afeccion. Desde sus escritos data una nueva época para el conocimiento de las perturbaciones visuales en la jaqueca, que desde entonces tuvieron el privilegio de llamar la atencion de los mejores oftalmólogos y neurologos (2). Como he dicho, consideraba á dicha afeccion como una *irisalgia*, pero apenas hay necesidad de hacer notar que no pueden depender de un sufrimiento del iris, los síntomas tan complexos de la jaqueca oftálmica. En otro lugar dice, que se trata «de una perturbacion funcional de la retina, de un sufrimiento primitivo y especial propio á las partes periféricas del nervio del ojo.»

Fothergill ha sido el primero que ha notado que el escotoma centelleante se parecia á un plano de fortificacion.

Fabre (3) se contenta con copiar lo que dice Tissot, sin añadir sobre esta materia ningun dato nuevo.

Nelaton hace observar, que los «accesos neurálgicos hácia la cabeza favorecen el desarrollo de la hemiopia.» «En este caso, añade, la duracion del acceso es de cinco á quince minutos; pasado el acceso la vision es tan perfecta como antes» (4).

(1) Ware. *Medico chirurgical Transactions*, vol. V, p. 274, London, 1814.

(2) Piorry. *Mémoire sur le migraine*, 1831.

Piorry. *Mémoire sur l' une des affections désignées sous le nom de migraine*, Paris, 1835.

Piorry. *Traité de médecine pratique*, VIII, p. 75.

Piorry. *Procédé opératoire á suivre dans l'exploration des organes*, Paris, 1831.

(3) Fabre. *Tratado de enfermedades nerviosas y del encéfalo*; traducido al español, 1854.

(4) Nelaton. *Tratado de patología quirúrgica*; trad al español, t. III, 1858.

Grisolle dice, que en la jaqueca «algunos enfermos se quejan de diversas alucinaciones de la vista, que hacen que vean los objetos dobles ó con un movimiento de rotacion, y más comunmente bajo formas extrañas y con colores que no tienen» (1).

Vulpian escribía en 1875, lo siguiente: «Algunas veces el enfermo de jaqueca ve centellas ó líneas luminosas, dibujando figuras más ó menos geométricas» (2).

Poincaré describe sumariamente las perturbaciones oculares de la jaqueca; pero como todos los autores de que hasta ahora he hablado en estos apuntes históricos, los considera como síntomas más ó menos comunes de la jaqueca vulgar. Admite dos periodos en la jaqueca, y en cada uno de ellos las alteraciones visuales son diversas. «En el primer periodo, el enfermo distingue mal los objetos. Un vapor, una nube le separa de todo lo que le rodea. Hay lagunas numerosas y más ó menos extensas en su campo visual. Si quiere leer, una parte de las letras de cada palabra le hace falta. Hay semi-amaurosis que debe ser debida á la anemia de la retina resultante de la contraccion de sus vasos. Estos fenómenos son parciales y muy móviles porque la contraccion vascular no es general y cambia de lugar á cada instante» (3). «En el segundo periodo, periodo de rubicundez, no son nubes ni moscas volantes las que impiden el ejercicio de la vision. La retina está hiperestesiada, á consecuencia de haberse congestionado. El enfermo cierra los ojos porque la luz le hace daño; y entonces tambien se muestran bajo la influencia de la congestion de la retina sensaciones luminosas subjetivas.»

James Clarke demuestra, antes que nadie, que en la jaqueca oftálmica, las perturbaciones visuales podian ir precedidas de sensaciones diversas en las extremidades, comparables al aura epiléptico.

Schön cita dos casos en que la cefalea precedió á la hemianopia pasajera, cosa algo rara, pues casi siempre ésta comparece antes que aquella (4).

E. Dianoux dió en 1875 una excelente descripcion del fenómeno que estudiamos (5).

Dicho autor hace notar, que cuando las perturbaciones visuales en lugar de preceder al dolor, van acompañadas de éste ó cuando ménos de una sensacion de tension en el ojo

(1) Grisolle. *Pat. int. trad. español*, t. IV, 1857, p. 124.

(2) Vulpian. *Vaso-moteurs*, 1875, t. II, p. 632.

(3) Poincaré. *Le système nerveux périphérique*, Paris, 1876, p. 538.

(4) Schön. *Die Lehre vom Gesichtsfeld*. Berlin, 1874, in 8.º s. 54.

(5) Dianoux. *Scotome scintillant ou amaurose partielle temporaire*. Thèse, 1875, n.º 77.

afectado, en dicho caso, muy sensible á la presión, entonces la jaqueca oftálmica puede ser tomada por un glaucoma agudo; sobre todo si los fenómenos comparecen bruscamente y los dolores son muy intensos. A su entender el *escotoma centelleante* es una neuralgia del *nervio óptico*, opinion insostenible.

Dicho autor ha podido observar en sí mismo la afeccion de que hablo. Segun él no tiene influencia desagradable permanente sobre la vision. En su tésis va comprendida una curiosa observacion, que de sí mismo ha escrito un médico amigo de Dianoux.

Airy (1) astrónomo, publicó en su Memoria unos grabados que dan una muy exacta representacion del escotoma centelleante. Es uno de los escritos más interesantes que se hayan publicado sobre la materia y está fundado sobre gran número de observaciones nuevas. El mismo fué atacado más de treinta veces por tal afeccion y decia que conocia una persona que habia tenido más de 100 accesos.

Brewster, que ha conocido la jaqueca oftálmica, sin darse muy exacta cuenta de la misma, atribuye las perturbaciones oculares á un espasmo de las arterias de la retina, opinion que no puede sostenerse porque no nos explicariamos entonces la hemiopia, de la que nos damos exacta cuenta si, la atribuimos un origen intracraneal. Ha tenido tambien el mismo muchos ataques de la misma. (2)

Para Latham (3) esta afeccion depende de una anemia transitoria y limitada de la substancia cerebral, la que puede ser seguida en ciertos casos de un período de congestion, correspondiendo á este último los dolores craneales y la contraccion pupilar. Para demostrar que en la jaqueca las perturbaciones visuales en particular están bajo la dependencia del gran simpático, hace notar la gran semejanza que hay

(1) Airy. *On a Distinct form of Transient Hemiopia*. Philosophical Transactions, London, 1870, vol. CLXI, p. 247.

Airy. *On teichopsia*. *Philosophical magazine*, 1865, July.

(2) David Brewster. *Philosophical magazine* 1865, vol. XXIX, p. 503; and vol. XXX, p. 19.

Brewster. *On Hemiopsy or half vision*. *Transactions of the Royal Society of Edinburgh*, vol. XXIV, t. 1., p. 15, 1857.

(3) Latham. *On nervous or sick headaches; its varieties and Treatment*. Cambridge. 1873.

Latham. *On nervous or sick headaches* (Brit. med. Jour. 1872.)

Latham. *The pathology of sick Headache*. (Brit. med. Journ. 1873, 1 February.)

Latham. *On Teichopsia. a form of Transient Halfblindness. its Relation to Nervous or sick Headache with an Explication of the phenomene*. (In Med. Times. a. Gaz. 1872, vol. I., p. 359.)

entre la jaqueca oftálmica y la hemicránea acompañada de sensaciones visuales que Purkinje y Brunton han descrito en la intoxicación por la digital, observaciones que ya hemos mencionado anteriormente. Según Latham en algunos enfermos la perturbación de la vista se acompaña de sensaciones de escalofrío, de enfriamiento periférico, y algunas veces, aunque raramente, de pérdida de conocimiento.

Listing, en carta dirigida á Zehender, decía que el fenómeno que él denominó «*escotoma centelleante*» era más común de lo que se creía (1). Dicho autor lo ha descrito bien.

Testelin (2) ha relatado tres casos inéditos de esta afección, y Mackensie otro observado en un hombre de estudio.

Ruete describe el *escotoma centelleante* de la siguiente manera: «Se ve aparecer en el campo visual una especie de arco, formado de líneas luminosas en zig-zag, cuyo centro corresponde aproximadamente á la mancha de Mariotte.»

Förster ha sido también uno de los que mejor ha estudiado el *escotoma centelleante* (3), al que ha denominado *amaurosis parcial* temporaria. Es dicho autor de la opinión de Listing, de que la *jaqueca oftálmica* es bastante más frecuente de lo que generalmente se cree; de modo que aunque no pudo presentar cifras exactas, declaró que á su entender presentan este *escotoma* el 8 por mil de los enfermos que á las visitas oftalmológicas acuden. «Si tal no es aun, dice, la opinión general, es que á este fenómeno morboso se aplica muy bien el aforismo hipocrático, «*occasio præceps, iudicium difficile.*» El mismo ha estado sujeto á esta afección, como tantos otros médicos célebres que han tenido la triste ventaja de poderlas describir según sus propias sensaciones, del mismo modo que Sydenham podía describir de mano maestra un ataque de gota. Förster refirió ante la *Sociedad oftalmológica de Heidelberg* el último ataque que había tenido, y esta descripción, muy detallada, puede pasar por clásica. Nota muy bien los síntomas generales que acompañan á la

(1) Listing. *Zehend Monats blat.* V. 5335, 1867.

(2) Warlomont, Testelin, Mackensie. *Supplément au Traité pratique des maladies de l'œil de Mackensie.* p. 535.

Testelin. *Zehender's Klinische Monatsblätter* 1867. 5,331.

Testelin. *Notice sur l'hémiopie.* *Journ. de méd., de chir. et de pharm. de Bruxelles.* Ann XXIV t. 42. 1864.

(3) Förster. Congreso oftalmológico de Heidelberg. 1867.

Förster. Extracto de las sesiones de la Sociedad Oftalmológica de Heidelberg. Sesión del 4 de Setiembre de 1869. (*In Klinische. Monatsblätter für Augen heilkunde* 1870.)

A. Förster. *Compt. rend. du Congrès perio. intern.* Paris, 1868, p. 130.

Förster. *Veber Amaurosis partialis fugax.* *In sitzungsber. d. ophth. Gezellsch.* 1869, et *Zehend. M. B.* VII s. 422. 1869.

hemiofia, síntomas sobre los que Féré quiere apoyarse para hacer una jaqueca aparte, de la jaqueca ocular, sin notar que dichos síntomas se hallan, con bastante frecuencia, en la jaqueca ordinaria, como ya lo señalaba un siglo atrás el ilustre Tissot.

Cree Förster que el *escotoma centelleante* tiene su origen en el cerebro y no en el nervio óptico, porque no hay jamás más que una mitad del campo visual que esté oscurecida. Dice que ha tenido ocasion, en uno de sus colegas, de examinar los ojos durante el ataque. y no ha comprobado ninguna señal de alteracion de la retina ni ningun cambio de volumen de los vasos de esta membrana, observacion que está en contradiccion con las de Möllendorf. Förster admite una cierta analogía entre la hemiofia temporaria y la jaqueca, pero que hay mucha distancia de esta analogía á una identidad perfecta, porque la hemiofia no se acompaña siempre de cefalalgia, mientras que no existe nunca jaqueca sin dolor de cabeza. Creo, sin embargo, que existen jaquecas sin dolor de cabeza, y de ellas he citado un caso, y puede muy bien admitirse que aunque las tales fuesen muy frecuentes, no serian reconocidas, por lo mismo que se parte del principio de que la enfermedad «*jaqueca*» no puede manifestarse sin «*hemisránea*» ó si se quiere un término más genérico, sin «*cefalalgia*.» Förster es en cierto modo un predecesor de Féré, Charcot y Galezowski en considerar la *jaqueca oftálmica* como una afeccion distinta de la jaqueca ordinaria, llegando bajo este punto de vista mucho más allá que ellos, pues ni siquiera quiere aceptar que sea una jaqueca.

Explica del siguiente modo la denominacion que ha dado al fenómeno que estudiamos. «El fenómeno que es el objeto de la comunicacion de la presente tiene dos caractéres esenciales; oscurecimiento de una parte del campo visual y la pronta cesacion del ataque. Por lo tanto la denominacion más apropiada es la de *amaurosis parcial temporal*.»

Mannhardt describia en 1869 la jaqueca oftálmica, pero sin saberlo, porque se extrañaba que la afeccion «tuviera la apariencia de una jaqueca.» Sus propias palabras darán á conocer más exactamente el estado de sus ideas: «Desde hace 10 años he tenido casi cada dia un ataque de hemiofia. Hay de pronto oscurecimiento de una parte del campo visual, seguido al cabo de 2 á 3 minutos de la aparicion de zig-zags luminosos. Hasta cuando cierro los ojos, el campo visual parece como iluminado por una viva luz. El fenómeno dura media hora poco más ó ménos, y se acompaña de una hemisránea que da al conjunto de la afeccion la apariencia de una jaqueca.»

Liebreich asegura que ha oído quejarse de esta enfermedad á cierto número de pacientes; no ocupaba más que un solo lado é iba acompañada de cefalalgia del lado del ojo enfermo. Liebreich, como casi todos los oculistas, dominados por los síntomas oftálmicos, concede un papel sintomático secundario á la cefalalgia. de modo que no se da exacta cuenta de que se encuentra ni más ni ménos que ante una jaqueca.

Schirner dice «haber tenido también algún ataque de hemiopia. El centelleo no se veía ordinariamente más que en el ojo derecho, pero el oscurecimiento existía en ambos ojos. El escotoma estaba situado debajo y afuera de la visual.»

Quaglino (1) refiere dos casos de jaqueca oftálmica sin adivinar la naturaleza del mal. Vedlos aquí «El conde R., en 1864 tuvo el primer ataque mientras estaba en la cúspide del monte San Bernardo, donde sufrió de hemiopia del ojo izquierdo, la que desapareció á los pocos instantes, compareció despues el acceso algunas veces sin ningun orden de tiempo, y sobre todo sin que pudiera hallarse su causa determinante. Durante la noche del 29 de Diciembre de 1869 notó, mientras estaba leyendo, que una niebla espesa subía de la parte más baja del campo visual y alcanzó lentamente las partes altas, hasta que la facultad visual se perdió. Media hora despues, la niebla empezó á disminuir en sentido inverso, aclarándose primero las partes altas, hasta que todo quedó libre. La agudeza visual no quedó dañada en lo más mínimo. Cuando fui llamado al dia siguiente noté con el oftalmoscopio un extásis sanguíneo en las venas de la retina, mientras que las anteriores eran proporcionalmente pequeñas y la papila algún tanto turbia. El paciente percibía centellas que de rato en rato surcaban el campo visual, las que evidentemente tenían que atribuirse á la congestión venosa de la retina. El paciente estaba sujeto á hemicráneas y á vértigos: el artritismo lo dominaba y estaba padeciendo asma dependiente de enfisema pulmonar. Así se comprende que en él debían ser fáciles y frecuentes los éxtasis en el dominio de la cava superior, en los senos venosos de la base del cráneo y por lo tanto en las venas oftálmicas.»

«Todos los casos de que hasta ahora he expuesto la observación, pueden ser considerados más bien como formas recurrentes, de períodos indeterminados, antes que verdaderas formas intermitentes de tipo regular. El solo caso que verdaderamente se puede llamar intermitente de período determi-

(1) Quaglino. *Di alcune forme morbose oculari intermittenti. Annali di oftalmologie.* 1871 p. 7.

nado lo he observado en un joven comerciante de Briella de 26 años. Un año y medio aproximadamente antes que se presentara al dispensario, esto es, en Noviembre de 1864, tuvo, sin que pudiera indicar la causa, una obnubilacion de la vista que duró siete ú ocho dias, y que desapareció espontáneamente sin dejar consecuencias.

En 23 del Diciembre siguiente compareció de nuevo la obnubilacion y duró hasta los primeros dias de Enero; en 23 de este último mes volvió aun, para disiparse completamente á principios de Febrero. Estas regulares alternativas de anublamiento y de remitencia completa duraron por espacio de algunos meses, acompañadas de otros fenómenos que expondremos enseguida. Los accesos cambiaron la época de su aparicion, y la obnubilacion completamente en el 20 del mismo. Durante los accesos el enfermo sentia dolor en el vértice de la cabeza, donde se encontraba aumentada la sensibilidad cutánea; perdía el apetito, y la agudeza visual disminuía tanto que no le permitió la lectura de los caracteres comunes de imprenta ni de ver distintamente la cara de las personas, la que se le aparecia envuelta en una niebla gris. Durante la noche las condiciones visuales empeoraban, y á veces habia fantasmatompsia con vista subjetiva de ruinas, montones de piedras, figuras extrañas, y muy á menudo de un vivo foco de intensa luz que destacaba en medio de la oscuridad la más profunda. Hacia el fin del acceso los fenómenos iban disipándose, y durante los intervalos de los accesos no le quedaba más que la percepcion de un velo negro circular que se movia de arriba á bajo según los movimientos del bulbo.

»Tambien en este caso no se sabe á qué causa atribuir el desenvolvimiento de la afeccion, sino es que se acepte como á tal el reumatismo que el paciente mismo suponía que jugaba un gran papel en la produccion de su enfermedad.»

He copiado tan extensamente esta última observacion (aunque despurgada de algunos detalles inútiles), porque á mi entender es una forma de jaqueca oftálmica bastante rara.

Mauthner (1) conoce bastante á fondo esta afeccion. Cita un caso en que la misma recrudescia extraordinariamente durante el embarazo.

La descripcion de la jaqueca que he hallado en el pequeño

(1) Mauthner. *Zur casuistik d. Amaurose cerebra Flimmerscotom.* In *Oestr. Zrschr f. prakt. Heilk.* XVIII. 1882.

Ludwig Mauthner. *Gehirn und auge.* (Vorlesungen über Augen heilkunde; Wiesbaden 1881. p. 508).

tratado de patología interna de Ambrosio Tardieu es muy original y revela en él el carácter observador de que tantas pruebas dió posteriormente (1). En ella se hace mención especial de la jaqueca oftálmica y se apuntan todos los síntomas múltiples que á la jaqueca ordinaria complican y que Féré algo desacertadamente quiere hacer patrimonio de la migraña ocular. Dice Tardieu que el ataque de jaqueca á veces comienza «por una verdadera perversion de la vista en el lado afecto, con imágenes luminosas é irregulares que vienen á pintarse en la retina (Piorry) y van seguidos de cefalalgia y de náuseas.»

Hace notar que si tan á menudo repite puede traer fatales consecuencias, precediendo en esta afirmacion á Charcot y Féré, aunque luego añade, que jamás compromete la vida, lo que como veremos está lejos de ser exacto.

No me consta que el gran clínico Trousseau haya conocido de un modo definido la jaqueca ocular, pero en su clínica médica publica una observacion que muy bien puede considerarse un caso de la misma. Hé aquí el hecho en extracto. «Sr. X., sujeto dos ó tres veces á jaquecas muy fuertes y muy largas desde la adolescencia. A los 45 años fueron reemplazadas por ataques de gota ordinaria. En nada habian disminuido los ataques artríticos, cuando una tarde el Sr. X. experimentó un vértigo. Estaba de pié y anubló su vista y sus sentidos un rápido desvanecimiento, al extremo que tuvo que arrimarse á la chimenea para no perder el equilibrio. No se prestó grande atención á este desarreglo á pesar de quedar alguna torpeza en la mano que hacia muy difícil la escritura. Algunos años antes, cuando el Sr. X. no tenia más que su jaqueca, apercibió de pronto una vez, que se le oscurecia su vista, cuya debilidad duró uno ó dos meses. Es bastante probable que ya en aquella época fuese atacado el señor X. como en la segunda vez de una hemorragia pequeña del cerebro. Sufrió tiempo después otro vértigo, y por fin en 1860 tuvo un verdadero ataque apopléctico que le dejó una afasia permanente.» (2).

Nagel cree que muchos de los fenómenos que estudia como consecutivos á alteraciones del simpático cervical, pueden compararse á los de la jaqueca, que como es sabido Du Bois-Reymond considera como una neurosis del simpático.

(1) A. Tardieu. *Manual de Patología y clínica médicas*, trad. española. 1867 p. 279.

(2) Trousseau. *Clínica médica del Hôtel-Dieu*, trad. española, 1874 t. III, p. 137.

Segun dicho autor más evidente es la analogía cuando se trata de jaqueca que da perturbaciones oculares (1).

S. Weir-Mitchell (2) cree que muchas jaquecas oftálmicas son causadas por desórdenes de la refracción ó de la acomodación de los ojos. Estas alteraciones pueden llegar á dar vértigos, náuseas y ataques epilépticos. Estas ideas tienen cierta analogía con las de Piorry, pero Weir-Mitchell es menos exclusivista, pues admite que la mayoría de las jaquecas tienen un origen central.

De cuantos escritores se han ocupado de la jaqueca oftálmica, Liveing, es á mi ver, el que más acertada y completamente lo ha hecho (3). En su obra sobre la jaqueca en general, es el capítulo más interesante el que se ocupa del dolor de cabeza complicado de ambliopia más ó menos completa, á lo que él, con Parry da el nombre de *Blind-headache*, que es como si dijésemos, *ceguera cefalálgica*. En dicha obra las perturbaciones de la vista están minuciosamente descritas de un modo original.

Hughlings Jackson (4) hace notar que hay una relación íntima entre la corea, la jaqueca y el reumatismo, relación ya comprobada por Anstie. Así se encuentran coreicos sujetos á violentos dolores de cabeza paroxísticos, precedidos, aunque raras veces, de *perturbaciones oculares*. Durante más de un año, G. E. Herman ha trabajado con Jackson en la historia clínica de la corea. De sesenta y siete casos de corea en sesenta y tres habia dolor de cabeza paroxístico, cuatro no supieron ó no pudieron dar detalles, y de los sesenta y tres primeros habia once perturbaciones oculares.

Con Galezowski (5) comienza una nueva era para la jaqueca oftálmica. Nó es que Galezowski ni los que despues de él se han ocupado del mismo asunto, hayan hecho ningun importante progreso en el mismo, pues, como procuro de-

(1) Nagel de Tubinga. *Veber vasomotorische und secretorische Neurosen des Auges*. (Klinische Monatsblätter für Augen heilkunde, t. II p. 394, Erlangem. Diciembre 1873.

(2) Headaches from Eye Strain. *By S. Weir Mitchell, of Philadelphia*. (American Journal, p. 363, Avril 1876.)

(3) Edward Liveing. *British med. Journ.* 1872.

Liveing. On megrim: sick headache, and some allied disorders; a contribution to the pathology of nervern-storms. London 1873.

(4) *Notes of cases of disease of the Nervous System*. (The Lancet. 10 July. 1875 p. 51.)

H. Jackson. *Observations on Migraine*. (Brit. med. Journ. 1882. (1 April p. 464).

(5) Galezowski. *Etude sur le migraine de l'œil*. *Memoire présenté au Congrès de Genève*, 1867. — *Gaz. hebdomadaire de Paris*, 1878. 11 Janvier n.º 2, p. 19.

Galezowski. *Archives générales de médecine*, 1878, Juin et Juillet.

mostrar en estos apuntes históricos, casi todo lo que ellos han dicho se encuentra anunciado en autores antiguos. Pero Galezowski tuvo la suerte de hacer adoptar un nombre adecuado, ya usado con ménos fortuna por Piorry, para esta variedad de la jaqueca, y á nadie se esconde cuánta importancia tiene un nombre para las cosas. En efecto, desde entónces han menudeado los trabajos sobre la jaqueca oftálmica, y se la ha estudiado bajo todos conceptos, no confundiéndola del todo con la jaqueca ordinaria. Así es, que con los trabajos posteriores del mismo Galezowski, Féré, Charcot, Parinaud, Delaporta, Gauté, Despagnet, Dreyfus-Brisac, y Raullet, sin que se haya dicho nada nuevo, se ha logrado hacer pasar la jaqueca oftálmica al dominio público, cuando antes, á pesar de las brillantes descripciones de Herschel, Förster, Dianoux, Piorry, Parry, Airy, Listing, Latham, Liveing y tantos otros, no pasaba su conocimiento de ser el patrimonio de unos pocos. Mucho es encontrar un nombre apropiado, pero ni aun en esto Galezowski ha podido ser el primero, pues además de ser precedido por Piorry, Parry y Vollaston hallaron, para la jaqueca de que hablo, el de *ceguera cefalálgica* (*blind headache*), que vale casi tanto como los de *jaqueca ocular*, *jaqueca del ojo* y *jaqueca oftálmica*, pero que no ha sido tan afortunado como estos.

Galezowski habla de cierta forma de hemiopia que comparece en el curso de la diabetes sacarina, y que puede ser considerada como una variedad grave de la jaqueca oftálmica. «Algunos diabéticos, dice el autor, harán coincidir su debilidad visual con la aparición de una hemicránea intensa, que desaparece dejando una disminución muy sensible de la vision en un ojo, sea el derecho, sea el izquierdo. En otros, á consecuencia de una violenta cefalalgia la vision ha quedado muy disminuida, y luego se aperciben de que ven los objetos confusos y dobles. Otros os declararán que han sido sorprendidos, al parecer en plena salud, por un vértigo que les hace caer; se diría han sido atacados de apoplegia. Despues de este accidente han tenido cefalalgia y hasta vómitos, pero felizmente despues de algunos instantes penosos, todos estos síntomas espantosos han desaparecido. Vueltos del todo en sí, han notado que estaban en las tinieblas, la pérdida de su vision era absoluta. Esta ceguera es felizmente temporal, no dura más que media hora ó una hora, despues la vision se restablece, aunque no tan aguda como antes. Esta siempre más quedará debilitada (1).»

(1) Galezowski. *Le diabète en Pathologie oculaire*.—Paris, 1883, p. 26.

En otro trabajo (1), Galezowski dice, que cuando en 1881 hizo su comunicacion al Congreso de Ginebra sobre la migraña oftálmica, ya habia observado 76 casos. La considera como una neurosis del 5º par, y añade: «Pero todas las neurosis llevan en ellas mismas el gérmen de lesiones materiales, como lo dice muy justamente el Dr. Charcot, y una enfermedad neurótica en apariencia, puede hacerse de un momento á otro una enfermedad orgánica. La jaqueca oftálmica es una nueva prueba de la verdad de esta asercion, porque sobre el número total, es muy considerable el número de las que he visto seguidas de alteraciones permanentes; dos casos de trombosis de los vasos retinianos, un caso de trombosis con ruptura de los vasos, y un caso de atrofia parcial de una papila óptica, que estoy igualmente dispuesto á referir á la trombosis de los vasos ópticos cerebrales». Relata á renglon seguido estos cuatro casos, los que explica por persistencia del espasmo vascular, en un ataque de jaqueca más duradero ó más violento que los otros, en cuyo caso puede formarse un coágulo permanente. Y termina este escrito con las siguientes palabras: «En resúmen, se desprende de las cuatro observaciones precitadas, que la jaqueca oftálmica, que hemos mirado hasta ahora como una afeccion puramente nerviosa, puede, aunque excepcionalmente, dar lugar á alteraciones materiales de los vasos retinianos ó cerebrales».

Galezowski ha empezado á publicar en su periódico un trabajo sobre la jaqueca oftálmica, del que en el momento de escribir estas líneas no ha llegado á mis manos más que la primera parte (2). Dice que entre los fenómenos que presentan los enfermos de jaqueca oftálmica, hay un cierto número que pertenecen á una alteracion de la inervacion cerebral; otros, al contrario, parecen pertenecer exclusivamente al ojo y á la retina. A decir verdad, no sé qué fenómenos pueden ser estos últimos, cuando todos los que conozco pueden explicarse con facilidad por una perturbacion encefálica. Se ocupa latamente de la denominacion más apropiada, demostrando que han sido propuestas una infinidad, en su inmensa mayoría desacertadas.

Hammond se contenta con señalar en la jaqueca, la pre-

(1) Galezowski. *Migraine ophthalmique avec trombose des vaisseaux rétiniens*. Travail communiqué á la Société de Biologie le 26 Novembre, 1881. *Recueil d'ophtalmologie*, 1882, p. 10.

(2) Galezowski. *Quelques mots sur la migraine ophthalmique et sur sa valeur semiologique*. *Recueil d'ophtalmologie*, 1883, n.º 9; Setembre, p. 536.

sencia de escotomas y de círculos de fuego en el campo visual (1).

Grasset (2) dice que ha visto un caso en que la hemicránea con frecuencia principiaba por la hemiopia de un ojo. Dedicó las cortas palabras siguientes á hablar del fenómeno de que me ocupo: «Piorry ha descrito en este período, fosfenos de las cuales ha tratado también Liveing. Consisten comúnmente en un círculo oscuro, con bordes brillantes, poliédricos, que forman un polígono, comparado por Fothergill y Parry á una muralla fortificada. Los ángulos son luminosos, y algunas veces presentan los colores del espectro». Reproduce después gran parte del escrito publicado por Galezowski en 1878.

Jaccoud se contenta (3) con señalar en la jaqueca, la posible existencia de hiperestesia de la retina con ó sin ilusiones sensoriales, mientras Laveran (4), en el capítulo *jaqueca* de su *Patología médica* no hace la más mínima alusión á la jaqueca oftálmica.

Dieulafoy le dedica cuatro líneas que concluyen con las siguientes palabras: «Estos accidentes son hemiopia monocular ó binocular, sensaciones luminosas en zic-zac; el escotoma central es más raro. *Esta jaqueca del ojo no tiene gravedad*» (5).

Dujardin Beaumetz al hablar de la jaqueca dice (6): «En cuanto á la vista se pueden observar también algunas perturbaciones, diplopia, una especie de nube, deslumbramientos, moscas volantes, escotoma centelleante, y una sensibilidad dolorosa á la luz».

Sichel (7) hijo, dice: «El tipo más perfecto quizás de ambliopia nerviosa está constituido por el *escotoma centelleante*, fenómeno óptico particular, que acompaña tan á menudo á la jaqueca, que es permitido considerarlo como una consecuencia, ó hasta como una forma particular de ésta, porque es á menudo el único síntoma de ella. El dolor de cabeza que,

(1) W. Hammond. *Traité des maladies du système nerveux*. Traduction française. — Paris, 1879, p. 1253.

(2) J. Grasset. *Enfermedades del sistema nervioso*. Edición española, t. II; 1880, Barcelona; p. 79.

(3) S. Jaccoud. *Tratado de Patología interna*. Trad. española, tomo I, parte 2.^a, p. 608; 1881.

(4) Laveran et Teissier. *Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales*, 1879.

(5) Dieulafoy. *Manual de patología interna*. Traducido al español por Ulecia y Cardona. — Madrid, 1882, 1.^{er} tomo, p. 420.

(6) Dujardin-Beaumetz. *Leçons de clinique thérapeutique*, t. III, p. 118.

(7) Sichel fils. *Traité élémentaire d'ophtalmologie*, t. I, p. 774.

como lo veremos pronto, sucede al escotoma centelleante en la mayor parte de los enfermos, falta, al contrario, en cierto número de ellos». A estas palabras sigue una buena descripción de la enfermedad.

Féré ha publicado uno de los más excelentes trabajos sobre esta materia. Dice en él que la jaqueca oftálmica «constituye un síndrome, del que algunos rasgos característicos bastan para diferenciarlo de las otras jaquecas, y para hacer de ella una afección verdaderamente autónoma (1),» proposición, según creo, errónea, y que en capítulo especial procuraré refutar. Por ahora no diré nada más de esta Memoria, pues posteriormente me ocuparé con extensión de la misma. Baste decir que considera jaqueca oftálmica, algunos casos en que predominan las alteraciones sensitivas ó motrices: Charcot es quien ha prestado la mayoría de las observaciones que sirven de base al trabajo de Féré.

En su tesis del doctorado (2) trata de la misma cuestión, pero no hace más que reproducir lo más importante de la Memoria anterior.

Por fin, el mismo Féré (3) relata un caso observado con Charcot, en que una jaqueca oftálmica que databa de la adolescencia, acompañada á veces de perturbaciones de la palabra, produjo á 53 años afasia permanente, hemiplegia facial y braquial derecha, luego convulsiones que de localizadas pasaron á generalizadas, y por fin la muerte.

Charcot (4), con motivo de un caso de jaqueca oftálmica, terminando en una parálisis general, afirma que no hay un solo sintoma de la jaqueca oftálmica que no pueda establecerse en estado permanente. Ya anteriormente el mismo autor se habia ocupado, aunque someramente, de la jaqueca oftálmica (5).

Parinaud refiere un hecho semejante al de Charcot, en que la *jaqueca oftálmica* terminó en parálisis general (6).

(1) Féré. *Loc. cit.*

(2) Ch. Féré. *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales. (Amblyopie croisée et Hémianopsie).*— Paris, 1882.

(3) *Note sur un cas de migraine ophthalmique à accès répétés et suivis de mort.* (*Revue de médecine*, III année, n.º 3); 10 Mars, 1883, p. 194.

(4) Charcot. *Migraine ophthalmique se manifestant à la période initiale de la paralysie générale.* (*Progrès médical* août; 1882, n.º 31), et in *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, parte 1.ª, p. 72; 1883.

(5) J. M. Charcot. *Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière*, 1878, p. 143.

(6) H. Parinaud. *Migraine ophthalmique au début d'une paralysie générale.* (*Archives de neurologie*), vol. V, 1883, n.º 13, Janvier, p. 57.

Bonnal ha publicado un caso en que la afección databa de muchos años, la que fué curada por los baños de aire caliente (1).

Rampoldi relata el siguiente caso: «Presentóse en 1880 en la clínica de Quaglino una jóven de 18 años, que afecta de una fuerte jaqueca izquierda, quedó desde el primer momento amaurotica del mismo lado. No se notó nada digno de mención al exámen oftalmoscópico. Las hemicráneas se repetían á menudo, pero la amaurosis era continua, y existía fuerte lagrimeo. Por fin, curó lentamente y llegó á recobrar la vision normal, la que disminuía pasajeramente, á veces de una mitad, á cada nuevo ataque de jaqueca (2)».

Baralt (3) ha escrito sobre esta materia su tesis, esforzándose en encontrar las explicaciones fisiológica y etiológica de esta afección.

Gauté (4) subdivide á la jaqueca oftálmica en cuatro variedades: «Hemiopia periódica, escotoma centelleante, amaurosis hemicránica y fotofobia migrañosa. Dice que la jaqueca oftálmica aparece á menudo en las personas gotosas, y cita de ello una observacion de Galezowski muy interesante, porque el diagnóstico era bastante difícil de establecer. En las notas inéditas de Galezowski, el autor ha encontrado 14 casos de jaqueca oftálmica en gotosos, de los que muchos han sido curados por el salicilato sódico.

Meyer (5) refiere un caso de jaqueca oftálmica, en que van apareciendo fenómenos nerviosos graves y permanentes, como neuritis óptica, embarazo de la palabra, y una debilidad muy marcada de la pierna derecha. Este caso confirma las ideas de Charcot.

Duvez (6) ha tratado de la jaqueca oftálmica bajo el nombre de *hemianopia falsa*, y aunque conoce las asociaciones de las alteraciones visuales con diferentes perturbaciones extra-oculares como la afasia, los vértigos, etc., aunque da una perfecta descripción del escotoma centelleante, y aunque co-

(1) Bonnal. *Migraine ophthalmique datant de 25 ans, traitée et guérie par des bains d'air chaud.* (Rev. mens. de méd. et chir., 1878, Juin-Juillet).

(2) R. Rampoldi. *Amaurosi unilaterale senza reperto oftalmoscopico visibile. Guarigione dopo tre mesi di cura.* (Annali di oftalmologie, 1882, p. 327).

(3) Baralt. *Contribution à l'étude du scotome scintillant ou amaurose partielle temporaire.* Thèse de Paris, 1880.

(4) Gauté. *Loc. cit.*

(5) J. Meyer. *Revue générale d'ophthalmologie.* Deuxième année, n.º 7, 1883, 31 Juillet, p. 333.

(6) Duvez. *Article Nerf optique du Dictionnaire encyclopedique des sciences médicales,* 1881.

noce que muchas veces va acompañado de hemicránea, ignora que de ésta dependen los síntomas oculares, y que estos sean no más que un episodio ó manifestacion de la jaqueca.

La tesis de Raullet, basada en observaciones recogidas en la visita de Charcot en la Salpêtrière, es el desarrollo de los trabajos de Féré. Contiene esta tesis 24 observaciones, de las que hay 10 inéditas. Pruébese en dicho escrito que la jaqueca oftálmica puede ser el principio de graves desórdenes cerebro-medulares, entre ellos la tabes dorsal y la parálisis general (1).

Nettleship (2) cree que son de igual naturaleza los ataques de hemiopia transitoria con escotoma centelleante y sin cefalalgia consecutiva, que los de alteracion ocular con hemicránea; á su entender todos son jaquecas. Esta opinion está conforme con la de la mayoría de los autores, y con la que yo procuraré demostrar.

Dreyfus-Brisac, en una *Revista general* (3) de esta cuestion, se levanta con mucha razon contra el abuso de lenguaje que hace Féré, al considerar *jaquecas oftálmicas* aquellas en que los síntomas de orden motor y sensitivo dominan en la escena morbosa, lo que puede sin duda llevar á lamentables confusiones. «Por otra parte, dice el autor, estamos en el derecho de preguntar si todas las observaciones que han servido á Féré para su interesante trabajo pertenecen á la misma familia morbosa, y si la autonomía absoluta del síndrome *jaqueca oftálmica*, tal como Féré lo entiende, se halla por encima de toda duda». Palabras muy sensatas con las que estoy del todo conforme.

Además de los autores citados, merecen ser consultados sobre la misma materia los siguientes:

Pravaz.—*Archi. gén. de méd.*, 2.^a série, t. VIII, p. 59; t. IX, p. 485.

Labarraque.—*Essai sur la céphalalgie et la migraine*. Thèse de Paris, 1837.

G. Herschel.—*Familiar Lectures on scientific subjects*.—IX, 1868, p. 406.—London.

Zehender.—*Zehender's Klinische Monatsblatter*, 1867.

Macnamara.—*A manual of the diseases of the eye*, 1872, p. 439.

Day.—*On headaches*.—London, 1880.

(1) J. Raullet. *Etude sur la migraine ophtalmique*. (Thèse de Paris, n.º 289, Juin, 1883).

(2) *The Student's guide to disease of the eye* by, Edward Nettleship, 1879, p. 345.

(3) L. Dreyfus-Brisac. *Loc. cit.*

- Henry Holland.—*Medical Notes and Reflections ed 1839*, p. 20 et 132.
- Enlenburg und Guttmaum.—*Die Pathologie des Sympaticus Griesinger's Archiv.*—1868.
- Eulenburg und Landois.—*Die vaso motorischen Nerven.* (*Wiener med. Wochens.*)—1867.
- Eulenburg.—*Zur pathologie des Sympaticus* (*Berliner. Klinischer Wochenschrift.*—1873, n.º 15).
- Clifford Allbutt.—*On Migraine* (*The Practitioner 1873*).
- Rx. lt. Derby — *Case of Part. Temp. Blindness.* *New-York med. Record.*—January 2 1872.
- Kums.—*Observations de photopsie périod.* *Annal. de la société méd. d' Anvers.*—Mars, 1872.
- Szokalsky.—*Mém. d. Warsch. arztl. Gesch. Ref. in Nagel's J.*—B. 1872, s. 370.
- Allbutt.—*Derangements of Vision and their relation to Migraine.* *In Britis. and For. Med-Chir. Rev. et Nagel's J.*—B. f. 1874, s. 452.
- A. V. Reuss.—*Casuist. f. Beitr. z. Keunt niss u. Flimmerscotoms.* *In Wien. med. Presse.*—1876, p. 9 á 12; (trabajo extenso encerrando un gran número de casos nuevos).
- Benjamin Brodie.—*Lectures on local nervous. Affections.*—London, 1837, p. 17.
- Delaporta.—*Jaqueca oftálmica.* (*Ταλπωσις.*—Atenas, 1879, p. 81).
- Axenfeld, complété par Henri Huchard, *Traité des nevroses.*—Paris, 1882.
- M. Abadie.—*Traité des maladies des yeux.*—1877, t. II, p. 228.
- Savigny.—*Archives générales de médecine.*—Août, 1838, p. 495.
- Arago.—*Annales de chimie*, t. XXVII, p. 109.
- Crawford.—*London Medical and Physical Journal*, volumen LIII, p. 48.
- Bradshaw.—*Prov. Med. and Surg. Journ.*—July, 24, 1844.
- No sería bueno acabar esta revista histórico-bibliográfica sin apuntar algunos escritos que más ó ménos directamente pueden servir para esclarecer algunos problemas que van unidos al estudio de la jaqueca oftálmica.
- Los principales son:
- Gille.—*De l' hémiope avec l' hémiplegie ou hemianestésie.* Thèse de 1880.—Paris.
- Bellouard.—*De l' hémianopsie.* Thèse de 1880.—Paris.
- Mauthner.—*Gehirn und Auge*, 1881.
- H. Wilbraud.—*Über Hemianopsie und ihr Verhältniss Zutoptischen diagnose der Gehirn Krankheiten.*—Berlin, 1881.

Ferrier.—*Cerebral amblyopia and hemiopia*.—Brain, 1881.

B. Ball.—*Considérations sur l'ischémie cérébrale (L'encéphale, 1880, p. 24.*

Abadie.—*Sur le valeur séméiologique de l'hemiopie dans les maladies cérébrales*.—Paris, 1875.

Magnan.—*De l'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens.* (Gaz. hebd., 1873).

¿Qué podemos sacar en claro de esta larga excursión bibliográfica? Podemos deducir, que á la mayor parte de cosas puede aplicarse la vieja frase de *Nihil novo sub sole*, esto es, que los contemporáneos han estudiado bien la jaqueca oftálmica, pero no han dicho nada, esencialmente importante, que no lo hayan escrito autores más antiguos. ¿Quién vence á Liveing, Latham y Airy, en cuanto á belleza y exactitud en la descripción del ataque? ¿Quién ha recogido tantos casos prácticos como estos autores? ¿Por ventura, Tissot y Liveing no conocieron la gravedad que á veces adquiere la jaqueca, y la permanencia de algunos de sus síntomas, antes de que nos lo dijieran Charcot y sus alumnos Féré y Raullet? ¿Y la asociación de la jaqueca con alteraciones motrices, sensitivas, de la palabra, no fueron por ventura conocidas por la mayor parte de los autores anteriores á Galezowski, sin que cometieran el error que cometió éste y Féré, de querer que esta asociación fuese propia de la jaqueca oftálmica, y no de la jaqueca en general? ¿Por ventura la teoría explicativa de la jaqueca oftálmica, tal como la exponen estos autores contemporáneos, no es la de Latham, Förster y Dubois-Reymond?

Pero debemos ser francos, á pesar de todo esto, antes de la adopción del nombre *jaqueca oftálmica*, infinidad de autores, entre ellos Schirner y Mannhardt, que observaron esta afección, no se dieron cuenta de su naturaleza, y no conocieron que estaban delante de una jaqueca. Después de tal adopción, el conocimiento de la jaqueca oftálmica se ha vulgarizado, y á nadie se le presenta un caso que no lo reconozca.

Exposición de lo que se sabe y crítica de lo que se opina acerca de la jaqueca oftálmica.

Llegado á este punto de mi Memoria, creo mejor detenerme un poco, y mirar lo que hay escrito y decir lo que me falta escribir. He dado la definición, la sinonimia, y expuesto la historia de esta afección. He dado antes á conocer, suficientemente comentadas, las pocas pero preciosas observaciones propias que de esta enfermedad poseo. Réstame ahora

exponer su sintomatología, tratar de su naturaleza, y tocar de paso el mal seguro tratamiento. Por fin estudiaré con la debida detencion, pues es lo que me excitó á escribir este artículo, la importante cuestion de si es una variedad de la jaqueca comun, ó es una enfermedad autónoma, una especie morbosa.

Sintomatología de la jaqueca oftálmica.

En la jaqueca oftálmica los síntomas se presentan casi siempre en el siguiente orden, que tiene sin embargo numerosísimas excepciones; comparecen las perturbaciones oculares, que muchas veces van acompañadas de otras no oculares, como afasia, parálisis, etc.; duran estos disturbios comunmente de 10 á 60 minutos, y se presenta la hemicránea mientras van disipándose; esta va seguida ó acompañada de náuseas y vómitos. He aquí el esquema del ataque de jaqueca oftálmica comun.

Pero la sintomatología no siempre es tan regular, y está sujeta á mil variaciones, de modo que como no hay ningun fenómeno siempre constante, tendría que escribir al anunciar cualquier de ellos las anotaciones «á veces, á menudo, en algunas ocasiones, etc.», lo que en verdad, repetido á cada paso, fuera demasiado engorroso. Por lo tanto, en lugar de esto, prefiero advertir de antemano que al citar un síntoma, debe entenderse que puede hallarse á veces en la jaqueca, pero de ningun modo que se halle siempre.

Refiriéndose á esta enorme variabilidad de la sintomatología de la jaqueca oftálmica, Galezowski dice: «Cuando se examina atentamente todo lo que ha sido referido por los autores, uno se convence fácilmente de que la jaqueca del ojo no se presenta siempre bajo la misma forma y que existen de la misma muy grandes variedades. En lo que me concierne, debo decir que he encontrado variedades mucho más numerosas y más características de las que he podido encontrar en los autores. En su descripcion, tal como la poseemos no hay nada que pueda guiarnos en el establecimiento del diagnóstico de esta neurósis ocular.»

Cuando se trata de ambliopias periódicas sin hemicránea, y que segun la mayoría de autores modernos (Galezowski, Féré) no son más que variedades de la jaqueca, las dificultades diagnósticas suben de punto. Asi Förster, Dianoux, Quaglino, Liebreich é infinidad de autores, las han considerado, á mi ver, erróneamente, como afecciones enteramente distintas de la jaqueca. Galezowski las llama *jaquecas irregulares ó anómalas*, y Féré, *formas frustas* de la *jaqueca oftálmica*.

Como prueba de que la ambliopia transitoria sin hemi-cránea es muchas veces de la misma naturaleza de la jaqueca, tenemos el siguiente hecho referido por Roché (de Toucy): «Durante los últimos años, he prestado muchas veces mis cuidados á un jóven alumno de la Escuela normal primaria de l'Yonne, por indisposiciones que eran siempre las mismas. Consistian estas en violentos dolores de cabeza situados en la region frontal, y en epistaxis. Pero hace tres meses que ya no se presentan los dolores de cabeza y las epistaxis, pero siente, por parte de los ojos, los fenómenos siguientes: su vista se oscurecia primeramente, tan pronto en un ojo como en el otro, algunas veces en ambos simultáneamente, durante un tiempo variable de 20 á 30 minutos. Estos fenómenos se producian 6 veces por semana aproximadamente; en la actualidad, muchas veces en un dia. Al exámen oftalmoscópico, no he hallado lesion ninguna. No pudiendo obtener ninguna mejoría en el estado de su vista, nos falta determinar si este hombre podrá continuar sus estudios ó si deberá escoger otra carrera.»

En el hecho anterior hubo primero jaqueca vulgar y luego perturbacion ocular sin hemi-cránea. Dado el modo como fueron sucediéndose los fenómenos, nadie dudará de que los últimos no fuesen una continuacion de los primeros.

«Puede suceder, dice Galezowski, que las mismas perturbaciones periódicas nerviosas debidas á la jaqueca comparezcan, por ejemplo, en una persona cuyo ojo ha sido alterado ó destruido por accidentes traumáticos ó por cualquier otra afeccion grave del globo ocular. Nos veremos entonces llevados á admitir la existencia de neurosis simpáticas, tan bien descritas por Donders, y pensaremos en practicar inútilmente la enucleacion.»

En prueba de lo anterior, Galezowski refiere la observacion que sigue: «MM... de 46 años, vino á consultarme en 20 de agosto de 1875 por perturbaciones visuales, que le comparecian en su ojo izquierdo. El ojo derecho está perdido desde 10 años á consecuencia de un glaucoma absoluto con catarata: es duro; no es sensible al tacto y no presenta ninguna alteracion en la córnea ó la esclerótica. El ojo izquierdo, que siempre habia estado bueno, es emétrope y el enfermo se queja de que en él aparecen hace ya algunos meses, perturbaciones periódicas, que le inquietan tanto más, cuanto que cada dia se hacen mas frecuentes. Al principio estos fenómenos se presentaban muy de tarde en tarde; pero desde un mes vuelven dos meses por semana y dura media hora, dejando una debilidad de la vista durante el resto del dia. Estos disturbios están caracterizados por los fenómenos siguientes:

el enfermo se ve afecto súbitamente por hemiopia externa, no ve los objetos más que por mitad; al mismo tiempo ve zic-zacs luminosos en todo el campo visual externo, los que son móviles y se alejan poco á poco hasta que se disipan del todo. Esta alteracion visual dura de 25 á 30 minutos; despues se desvanece; vuelve la vista, pero queda débil y al mismo tiempo el enfermo conserva un dolor de cabeza durante cinco ó seis horas consecutivas. Incontestablemente, se habría podido creer en la existencia de síntomas simpáticos, si no se hubiese hallado en este caso en presencia de fenómenos indubitables de jaqueca del ojo, que ya habia observado en otros enfermos. La enucleacion del ojo glaucomatoso no estaba por consiguiente indicada».

Los síntomas oculares, como he dicho, abren la escena en la mayoría de los casos (Dreyfus-Brisac, Féré, Galezowski), pero á veces van precedidos del dolor de cabeza. (Galezowski y en dos observaciones de Schön). En este último caso debe invertirse el orden de las acciones vaso-motoras que actualmente se admite determinan el ataque. En lugar de seguir la dilatacion vascular á la contraccion, lo contrario es lo que debe tener lugar en los accesos que empiezan por cefalalgia y terminan por alteraciones oculares.

En cambio, en otros casos los fenómenos visuales preceden de mucho al dolor de cabeza. En un caso de Féré comenzaban un dia y hasta más antes de la aparicion de la cefalalgia. En otros hechos persisten durante toda la duracion de la hemicranea, como se halla en cierto número de accesos de otra observacion de Féré. En una de Galezowski, unas veces precedian al dolor cefálico y otras le seguian.

Durante las perturbaciones visuales, Huglings-Jakson, hizo el exámen del ojo y no halló nada, lo que probaria el origen central de la afeccion. Las observaciones de Dianoux, Mauthner y Förster concuerdan con las anteriores.

Galezowski ha observado la anemia de la retina durante la perturbacion visual, lo que ha sido confirmado por otros observadores, y en cambio en un caso de Liveing durante el período de los dolores, Möllendorf observó en el fondo del ojo del lado enfermo un color escarlata, el disco rojo y edematoso y la arteria y las venas dilatadas. Estas últimas observaciones, en contradiccion con las negativas de Dianoux y otros, á ser ciertas, serian un valioso argumento en pró de la opinion que defenderé mas allá, de que el primer período representa el espasmódico y el segundo ó sea el cefalálgico, el de dilatacion vascular, aunque como ya he hecho notar, en raros casos, dichos períodos pueden invertir su orden de aparicion.

Volviendo á hablar de la variabilidad de formas de la jaqueca oftálmica, punto que por un momento habíamos olvidado, debo decir que en el síndrome de la misma, que como sabemos se compone de tres elementos: 1.º fenómenos oculares, 2.º perturbaciones de la palabra, sensibilidad, etc. 3.º hemicránea y vómitos, aunque puede faltar cada uno de ellos, el más inconstante es el 2.º Raras veces se asocian en un mismo sujeto todos los fenómenos que hemos citado, se reduce en muchos casos el acceso á hemicránea precedida de hemiopia como en mi observacion primera, y como ya he dicho anteriormente aun la hemicránea puede faltar, quedando solo la perturbacion ocular.

Al mismo tiempo conviene no olvidar otras formas anómalas de la jaqueca oftálmica, las que Charcot ha llamado *formas disociadas*. En estos casos hay accesos de hemicránea pura que alternan con accesos oculares sin hemicránea, ambos completamente independientes uno de otro. Dos ataques distintos equivalen como sintomatología á un ataque ordinario de jaqueca oftálmica. A veces, segun Charcot, estos elementos aislados se reunen en tiempos posteriores para constituir un ataque completo de jaqueca oftálmica.

Estas *jaquecas disociadas* son interesantes porque establecen una transicion entre las *jaquecas oftálmicas* incompletas y las *completas*. Féré refiere un curioso ejemplo de jaqueca oftálmica disociada, que voy á transcribir. «Sra. A... de 41 años, fuerte, gorda; ha tenido dos hijos; bien reglada: no hay enfermedades anteriores salvo accidentes nerviosos de los que se queja aun. Ha 8 años tuvo convulsiones que al parecer se limitaron al lado derecho del cuerpo y que se reprodujeron durante dos ó tres meses. Desde hace 8 ó 10 años se ve sujeta á entorpecimientos limitados á la mano derecha y más acentuados en la esfera del cubital; se manifiestan exclusivamente por la mañana al levantarse y se reproducen casi todos los dias; nunca llegan al brazo, pero á veces siente perturbaciones análogas en la pierna. Siente al mismo tiempo una especie de pulsacion alrededor de la boca, sobre todo á derecha; estas sensaciones van á veces seguidas de vértigos con sensacion de contriccion en la parte posterior de la cabeza. No hay perturbaciones de la palabra. Nada por parte de la miccion. Estos accesos matutinos de entorpecimiento duran una hora poco más ó ménos. Estas perturbaciones no han afectado, al parecer, el estado general; la enferma continúa muy repleta de grasa. El entorpecimiento periódico y pasajero de la pierna derecha ha sido, durante muchos años, el único desarreglo nervioso notado por la enferma. Desde hace dos años tan solo, ha empezado á notar fenómenos particu-

lares por parte de la vision. Algunas veces se apercibe de que la parte inferior ó una de las partes laterales del campo visual se oscurece y no distingue nada en estas regiones; en otras ocasiones ve una rueda dentada, luminosa y blanca como la luz eléctrica y cuyos dientes tiemblan constantemente. En estos últimos dias la vista se perturba tan pronto en todo el campo visual, tan pronto tan solo en la mitad inferior; ve, en este caso, tan solo la parte superior de los objetos. El escotoma desaparece lentamente al cabo de un cuarto de hora, desviándose hácia la izquierda. La crisis se termina con nauseas, que no son seguidas de vómitos.»

«Los accesos de cefalalgia, que ocupan principalmente la parte posterior de la cabeza, con sensacion de constriccion, coinciden algunas veces con las perturbaciones de la vision, pero casi siempre se manifiestan aisladamente. Los dolores de cabeza no son mas fuertes durante las perturbaciones visuales. Estas últimas no coinciden con un aumento del adormecimiento del brazo. No ha tenido jamás ni jaquecas, ni entorpecimiento del brazo durante la noche. Estreñimiento habitual.»

«10 de Febrero de 1881. Empieza á tomar elixir de Ivon á la dosis de tres cucharadas diarias.»

«17 de Febrero. No hay azúcar ni albúmina en las orinas.»

«7 de Abril. Ha visto aun un cierto número de veces chispas y un arco con *ángulos que bailan*, lo que describe mejor que anteriormente. Este arco luminoso es de un blanco azulado como la luz eléctrica. En el momento en que aparece, la vista es turbia, ya en totalidad, ya tan solo en la mitad inferior del campo visual. Ha tenido tambien muchos ataques de jaquecas independientes del escotoma y precedidas del entorpecimiento de la mano.»

«12 de Mayo. Desde que toma bromuro, no siente nada en la pierna y el adormecimiento digital ha disminuido, pero se queja de cierta dificultad en estos mismos dedos, cuando cierra la mano. El escotoma parece que se ha modificado algo; tiene forma de estrella que aparece en la parte izquierda del campo visual y que describe una semicircunferencia para ir á desaparecer en el lado derecho »

La variabilidad de que he hablado se ha de encerrar dentro de ciertos límites. ¿Los casos que no se quedan dentro de estos, deben ser considerados como verdaderas jaquecas oftálmicas? Esto es lo que se pregunta Dreyfus-Brisac, que con este objeto escribe: «Al lado de observaciones de jaqueca verdadera con perturbaciones visuales, de jaqueca oftálmica en el sentido estricto y tópicamente de la palabra, encontramos otras en que el elemento migrañoso es ménos fácil de apreciar. Co-

mienzo ó persistencia de la afección en edad avanzada, falta de toda periodicidad, aparición nocturna de los accesos, he aquí otros tantos caracteres que no pertenecen á la jaqueca clásica, esta neurósis de rasgos clínicos tan acentuados. ¿No puede tratarse, en casos de este género, de *falsas* jaquecas, como al lado de la angina de pecho verdadera la buena observación clínica nos ha enseñado á conocer pseudo-anginas, y al lado de la epilepsia verdadera accidentes epileptoides? No es esta una simple cuestión de palabras; porque ya es sabido cuánta importancia tienen en clínica estas distinciones, sobre todo bajo el punto de vista del pronóstico.»

En la jaqueca oftálmica raramente el médico tiene ocasión de examinar al enfermo durante el ataque, y el paciente mismo es casi siempre poco idóneo para darse cuenta de lo que le pasa. Así, pues, los mejores datos que se poseen sobre esta enfermedad los debemos á hombres de ciencia que estaban sujetos á la misma, entre los que merecen especial mención, Wollaston, Brewster, Czermak, Ruete, Dianoux, Förster, Listing y Clery. Con motivo de esto Grasset escribe: «Todos los médicos que han descrito bien la jaqueca estaban sujetos á ella, y verdaderamente, el número de migrañosos es muy grande en nuestra profesión. e apresuro á decirlos que no poseo esta aptitud especial para hacer una buena descripción, y como ya ha pasado la edad de la cual dice Tissot que está uno libre de padecerla sino la ha padecido ya, me veo obligado á prescindir de esto y á hablaros de ella, lo mismo que de las demás enfermedades, por decirlo así. Por otra parte, esto puede tener una ventaja, y es que no se corre tanto peligro de dejarse preocupar por la forma particular á la que se está sujeto, se describe *la* hemicránea, en lugar de describir *su* hemicránea, y se tiende ménos á generalizar ciertos hechos particulares, como lo han hecho Dubois-Reymond y muchos otros.»

Para concluir este capítulo, me falta decir que en la mayor parte de veces, los accesos se parecen unos á otros en un mismo individuo, pero que no siempre es así.

Dividiré la exposición de los síntomas en dos partes: síntomas oculares, y síntomas no oculares.

Síntomas oculares.

Gauté, como ya he dicho anteriormente, subdivide la jaqueca en 4 variedades: «Hemiopía periódica, escotoma centelleante, amaurosis hemicránea y fotofobia migrañosa.» Estas son en efecto las principales formas de la alteración ocular, pero no se presentan separadas como Gauté indica,

sino que en un mismo ataque coinciden casi siempre dos ó tres de estas formas. El enfermo de mi observacion 5.^a muchas veces sufría á la vez de hemiopia y de escotoma centelleante.

Todas estas formas indicadas por Gauté son tan importantes que excepto la fotofobia migrañosa (que es, puede decirse, comun á todos los ataques de jaqueca), las iré estudiando cada una de ellas en capítulo separado. Pero antes de fragmentar de este modo este asunto, es necesario presentar el cuadro de conjunto del ataque ocular en su forma más frecuente. Mas, como mi experiencia no es mucha, antes que intentar una descripción por mi cuenta, prefiero reproducir la que haya dado algun autorizado observador. Tomaré, pues, la que Förster dió de uno de sus ataques:

«Durante una mañana de mayo de este año, estaba ocupado en leer, cuando noté que mi vista se enturbiaba. Al primer momento, me di muy buena cuenta de lo que me pasaba. Cerrando el ojo izquierdo y mirando atentamente una sola letra, reconocí que existía en el campo visual derecho una pequeña parte en la que no distinguía nada y que estaba situada muy cerca del centro de la vision á izquierda y debajo de éste punto. En tal lugar algunas letras faltaban, pero la letra mirada así como el resto de la línea se veían muy bien. Cerrando enseguida el ojo derecho, miré con el izquierdo la misma letra y encontré una defectuosidad perfectamente semejante á la de la derecha y situada en el mismo lugar. Hasta este momento no habian aun comparecido sensaciones subjetivas luminosas. Al cabo de algunos minutos, la parte oscurecida se habia extendido más á la izquierda y habia ganado en extension. Continuó progresando en tal sentido y agrandándose durante algunos minutos más, y entonces solamente compareció el centelleo. La parte oscura tenia una forma semi-lunar, su borde cóncavo, poco marcado; miraba al centro de la vision del que estaba 10° separado, su borde convexo, que miraba á izquierda, centelleaba vivamente y estaba separado por contornos, perfectamente limitados, de la parte intacta del campo visual.

«Al cabo de 15 minutos, el centelleo habia ganado la region del límite izquierdo del campo visual «comun» (ó sea el borde interno del campo visual derecho). Continuando el arco dirigiéndose á la izquierda, el centelleo desapareció bien pronto del ojo derecho para no verse mas que en el izquierdo.

«En este momento el temblor habia alcanzado su más alto grado y se extendía á toda la parte externa del campo visual: esta parte, ancha de 30 á 40°, estaba completamente oscurecida. El borde centelleante del escotoma pasó finalmente la

periferia del campo visual y entonces todo el fenómeno desapareció; en todo había durado de 25 á 30 minutos.»

Pasemos ahora á ocuparnos de los signos oculares en particular.

Ambliopía y amaurosis.

La ambliopía se observa mas raramente que la hemiopia y el centelleo. En cuanto á esto puede establecerse una diferencia entre la jaqueca y la histeria, afecciones á las que con justicia se han encontrado muchos puntos de contacto, la jaqueca produce comunmente hemiopia verdadera ó falsa y la histeria, ambliopía. La ambliopía de la jaqueca no lleva consigo la pérdida de la excitabilidad de la retina, puesto que en esta puédesse producir *fosfenos* (Lebert) durante el ataque en las porciones ciegas.

Tardieu observó en un caso ceguera completa que duró tres dias. Liveing dice que se observa una ceguera absoluta ó parcial, lo más á menudo de un lado; Saundby señala la amaurosis temporal, parcial ó completa, y Grasset habla de la ambliopía: Galezowski menciona al escotoma central, que segun él, es raramente el síntoma dominante de la afeccion. En tres casos lo ha visto convertirse en hemiopia.

La ambliopía de la jaqueca es un fenómeno muy variable en forma y en intensidad; á veces llega á la ceguera completa, pero en muchos casos, como en mis observaciones 2.^a y 3.^a, consiste en una ligera obnubilacion de la vista. Esta obnubilacion es una leve niebla que se disipa prontamente y en la que el enfermo no se fija, sino se dirige su atencion á este fenómeno por medio de nuestras preguntas. Esta neblina vibra, la mayor parte de veces, como el aire calentado por el sol del verano.

Para terminar, reproduciré un curioso caso referido por Quaglino, en que se encuentra este síntoma: «Jovencita de 23 años, nerviosa, sanguínea, rubia, con iris cerúleo; extraordinaria sensibilidad, sin causa conocida, se vió afectada por ofuscamientos de la vista que comparecian primero cada dos ó tres dias, luego cada mes, despues cada tres meses y por fin cada seis meses. El acceso es precedido por un soplo ó aura que ataca el ojo izquierdo; en seguida parece extenderse sobre todos los objetos un velo oscuro, por lo que la vista en dicho ojo está completamente abolida durante el ataque.» Habia además en este hecho escotoma centelleante, pero me reservo su descripcion para cuando hable de dicho síntoma.

La ambliopía con *neuralgia cruzada* (Galezowski) es excepcional.

Hemiopia.

Charcot dice, que en la jaqueca oftálmica hay comunemente falta temporaria hemianópsica del campo visual, que no deja ver más que la mitad de los objetos. El exámen campimétrico útil en tal caso, hace reconocer un defecto hemianópsico, en general homónimo y lateral, que no se extiende habitualmente hasta el centro visual.

Charcot hizo notar que cuando hay afasia, la hemiopia es derecha, observacion que ha sido confirmada por todos los autores que he leído. La hemiopia en la jaqueca ha sido indicada por infinidad de autores; me bastará citar entre otros, Saundby, Grasset, Latham y Poincaré.

En mi observacion 1.^a existia hemiopia sin escotoma centelleante, y en mi observacion 5.^a se hallaban juntos ambos síntomas; este hecho presentaba la singularidad de que la hemiopia era monocular, lo que ya he procurado explicar anteriormente. En la observacion 8.^a existe hemiopia acompañada de zic-zacs.

Förster dá los siguientes detalles acerca de la hemiopia migrañosa: «La parte oscura del campo visual, aparece de pronto bajo la forma de un islote rodeado de partes en que la vision es perfecta; cambia de lugar, se agranda, su borde que mira al lado hácia el que adelanta, se hace centelleante; su marcha invasora alcanza bien pronto el limite del campo visual y la oscuridad se extiende sobre un espacio más ó ménos considerable en la periferie de este último. No he observado jamás hemiopia en el sentido riguroso de la palabra, esto es, que una mitad del campo visual se haya vuelto oscura.»

La descripcion que da Féré de la hemiopia transitoria es una de las mejores. «La hemiopia transitoria comparece algunas veces gradualmente, pero en otras se presenta de golpe: el enfermo se sorprende de no ver más que la mitad de los objetos; si lee no ve mas que la mitad de la página. La disminucion del campo visual no alcanza jamás el punto central ó hay á esto muy raras excepciones; es mas bien un estrechamiento lateral del campo visual que una verdadera hemiopia. Este angostamiento es siempre homónimo. Es algunas veces la parte interna ó la parte externa la que está obnubilada en ambos ojos; en otros casos, es la parte inferior ó superior del campo visual la que es suprimida; pero estos hechos excepcionales son quizás de naturaleza diferente. Algunas veces aun, el enfermo no tiene más que la sensacion de un simple oscurecimiento de la vista, pero exa-

minándolo de cerca, se nota que se trata de una verdadera pérdida de la vision. En ocasiones el límite de la parte del campo visual que ha quedado intacta está trazado en línea recta, pero mas á menudo, señala este limite una línea quebrada más ó ménos irregular.» En cuanto á lo que dicen Förster y Féré en los trozos transcritos, de que no es verdadera hemiopia este fenómeno que estudiamos, puedo contestar, haciendo notar que en mi observacion 5.^a se trata indudablemente de hemiopia verdadera, puesto que tiene todos los caractéres de tal, y respecto á lo que asegura Féré de que esta alteracion siempre es homónima; á más de mi caso, puedo citarle el de Parinaud y el autorizado testimonio de Galezowski, lo que prueba la existencia de la hemiopia monocular. Véase lo que Galezowski dice de este síntoma: «La hemiopia es monocular ó binocular; la hemiopia monocular es algunas veces lateral, otras veces ocupa la mitad superior del campo visual. En la forma binocular, el campo visual está perdido, tan pronto lateralmente como en la mitad derecha ó izquierda de los ojos. La vista está completamente abolida en la mitad del campo visual, sin embargo, la acuidad visual se conserva casi normal. Esta hemiopia es pasajera; dura de 20 á 50 minutos y se disipa en seguida completamente; algunas veces la he visto transformarse en ceguera completa de corta duracion: en otros casos, es seguida de debilidad de la vista que dura todo el dia.»

Wollaston refiere que antes de un ataque de hemicránea cuando miraba la palabra *Johnson* no veia mas que... *son*.

Galezowski admite que la hemiopia (que segun él, es la forma más frecuente de la jaqueca oftálmica) puede, en un momento dado, convertirse en ceguera completa, igualmente pasajera.

Tissot ya habia observado la hemiopia migrañosa, pues refiere que fué llamado para visitar á una señora que mientras duraba el acceso solo veia la mitad de los objetos.

Vatel ya habia visto la hemiopia en tres casos, que le sirvieron para explanar mas científicamente la teoria de Isaac Newton sobre la semi-decusacion de las fibras ópticas en el quiasma.

La acuidad visual comunmente no sufre despues de estos ataques. Durante el acceso la marcha y la lectura pueden ser fuertemente estorbadas, segun el sector en que se limite el oscurecimiento.

No hay mas que una mitad del campo visual que esté oscurecida, y la ceguera parcial es más pronunciada en un ojo que en otro. La hemiopia puede ocupar las mitades superior, inferior é interna ó externa del campo visual.

Escotoma centelleante.

Charcot describe en pocos términos este sintoma, diciendo que de pronto es circular, luego semicircular, en forma de zic-zac ó de trazado de fortificación, agitado de un movimiento vibratorio muy rápido; escotoma tan pronto blanco, fosforescente, como ofreciendo tintes amarillentos, rojos ó azules más ó menos acentuados.

Saundby habla de sensaciones como de relámpago, y Grasset de fosfenos en muralla de fortificación. Galezowski dice, que tres de sus enfermos veían millares de moscas luminosas y pajitas argénticas surcando el campo visual oscuro. En un caso de Parinaud los accidentes oculares estaban constituidos por el desenvolvimiento de una niebla en el ojo derecho, en medio de la que comparecían manchas diversamente coloradas y brillantes, animadas de un movimiento continuo que el enfermo comparaba á un enjambre de mariposas. Según Dreyfus-Brisac los enfermos tienen la sensación de un fuego artificial, de un manojo de chispas, de un globo de fuego más ó menos voluminoso. Raullet dice, que el escotoma centelleante consiste en una rueda dentada, roja, blanca ó fosforescente, que esté animada de vibraciones muy rápidas y al mismo tiempo de un movimiento de rotación incompleto alrededor de un eje; poco á poco la rueda se ensancha, su centro se oscurece y los ángulos de la rueda parecen los ángulos de un plano de fortificación, á medida que el círculo se abre y se amplifica, el enfermo acaba por no ver más que la parte externa, en forma de una línea quebrada luminosa cuyos ángulos continúan vibrando hasta que todo desaparece. Dianoux señala la forma en arcos y ojivas. Galezowski la compara en un caso á una lluvia de fuego.

Latham da detalles sobre el escotoma centelleante, pero que no reproduciré porque no se separan de los dados por otros autores.

Manhardt hablando de sus ataques, decía: «Hasta cuando cierro los ojos el campo visual parece iluminado por una viva luz.» En un enfermo de Quaglino se presentaba como un foco de viva luz en medio de la oscuridad más profunda.

El escotoma centelleante se encuentra en mi observación quinta. En la observación 8.^a, el Dr. Viura señala la existencia de zic-zac en sus propios ataques.

Duvez da muchos é importantes detalles sobre este sintoma. «El ataque, escribe dicho autor, empieza por un oscurecimiento, una ligera nube se estiende sobre los objetos en uno de los segmentos del campo visual. Esta confusión es

producida por líneas curvas que cruzan el campo visual y cambian de dirección y lugar. Al cabo de poco rato, la enfermedad reviste su tipo normal.» Dianoux vió comparecer en sí mismo, en los puntos que estaban ambliópicos, dos ó tres pequeñas llamas que comparaba á la llama del alcohol ardiendo en un cuarto oscuro. Las llamas aumentaron en número y se dispusieron rápidamente en una especie de arco, cuyo borde interno cóncavo presentaba dientes que vibraban fuertemente. Este arco iba creciendo acercándose al centro de la vision. Un segundo, despues un tercer arco, como en el caso de Airy, se sobrepusieron al primero, y bien pronto toda la parte del campo visual que se habia de pronto oscurecido, fué invadida por el centelleo. No se detuvieron en esto los fenómenos; en seguida los semicírculos luminosos pasaron más allá de la línea media é invadieron todo el campo visual; las llamitas temblaban vivamente y presentaban un brillo extraordinario, sobre todo en la oscuridad, y cuando los párpados estaban cerrados, su coloracion recordaba la del relámpago.

Eu algunos casos, los fenómenos oculares no ofrecen una fisonomía tan característica; en ciertos hechos el centelleo es vago, difuso, semejante á una «ondulacion vaporosa» (Galezowski).

A veces faltan los zic-zacs y el escotoma se muestra solo, afectando la forma de media luna ó de una herradura cuya concavidad mira á la línea media.

Förster ha notado que la ceguera allí donde existe es completa, que no se distingue ni una letra, y que las letras que se ven cerca del límite del escotoma parecen acercarse unas á otras. Este autor no ha visto los zic-zacs luminosos tal como los describen Ruete y Airy.

Quaglino describe de este modo el centelleo que se observó en un caso: «Se veian miríadas de estrellitas luminosas saltando en el campo visual, las que se reunian en círculos concéntricos y acababan por formar todas un disco dorado, irradiante «como un sol,» que brillaba en medio de una oscuridad completa. Este disco desaparece al cabo de poco tiempo, transformándose en una niebla gris, que gradualmente se disipa, de modo que la facultad visual se recobra del todo.»

El escotoma á veces es central, oscuro, obliterando más ó ménos la vision y limitado por un borde luminoso. Mas á menudo ocupa el escotoma las partes periféricas del campo visual y en particular la region externa, segun creen los enfermos, lo que no es mas que una apariencia. Este escotoma es, hablando con propiedad, puramente *hemiópico* y predomina

mina solamente en el ojo afectado del lado externo. Al principio los enfermos no saben darse cuenta de lo que les pasa; solo despues de muchos ataques llegan á conocer los detalles del fenómeno. En el primer ataque tienen una sensacion análoga á la que queda en el ojo despues de haber mirado el sol, pero cuando han tenido algunos describen su mal casi todos ellos de un modo idéntico.

El escotoma centelleante es á veces blanco, otras veces ofrece la coloracion de la luz eléctrica, y en otras, en fin, los distintos segmentos del círculo de fuego presentan colores variados. El escotoma puede coincidir con la hemiopia ó con el oscurecimiento del campo visual, y se presenta ordinariamente en la misma zona; pero, segun Féré, unas veces precede á la hemiopia, y en otras, ménos frecuentes, la sigue. Mauthner cree que el escotoma de origen cerebral puede distinguirse del escotoma retiniano, por este hecho en que el último no se puede provocar fosfenos por la presion del ojo.

He citado las palabras de tantos autores, porque casi todos han descrito el escotoma centelleante, si bien que idéntico en lo fundamental, muy variado en los detalles. De estos no he querido pasar por alto ninguno, porque este fenómeno es uno de los más interesantes de los que registra la patología.

Tissot ya lo conocia puesto que escribia que los migrañosos ven llamas de fuego, chispas y fantasmas. Los enfermos del siglo XIX no tienen tan buena disposicion para ver fantasmas como los del tiempo de Tissot.

A veces el centelleo se hace permanente. Un enfermo de Galezowski no cesaba de ver desde 4 años, zics-zacs y pajuelas luminosas que bailaban siempre hasta en el intervalo de las crisis delante del ojo derecho.

Otros síntomas oculares.

A veces, como hemos dicho, hay simple debilitacion de la vista. Segun Eulemburg, durante el paroxismo doloroso, en muchos casos la pupila está dilatada, y al fin del mismo contraída; pero otros autores (Latham), solo hallaron la contraccion pupilar durante el periodo cefalálgico. Grisolle, Dieulafoy y Féré señalan la existencia de la diplopia durante el estadio precefalálgico.

Cuando hay escotoma, la sensibilidad puede aun ser excitada directamente en la seccion retiniana correspondiente, y se puede allí provocar fosfenos. Un enfermo de Quaglino veía ruinas, montes de piedras y figuras extrañas.

En general, durante el ataque, el ojo parece más peque-

ño; los párpados están ligeramente contraídos, algunas veces animados de contracciones fibrilares.

El globo ocular durante la hemicránea está también doloroso; á veces este dolor es tensido, y segun Dianoux recuerda en ciertos casos, el que se siente en el glaucoma agudo con el que puede ser confundido. Este dolor comunmente está en el mismo lado que la cefalalgia. A veces el ojo está rojo y lagrimea. Calmeil (1) ha llegado á notar la produccion de equimosis conjuntivales.

Volviendo al estado de las pupilas, debo repetir que ordinariamente están contraídas durante el dolor cefálico, pero que esta contraccion no es igual en ambos ojos, siendo comunmente, segun Latham, más pequeña la del mismo lado de la jaqueca. En cuanto al estado de las perturbaciones visuales, he de decir que Galezowski encontró en un caso durante dicho periodo, una dilatacion pupilar. El mismo autor ha visto coexistir con las perturbaciones de la vision la anemia de la papila, anemia variable, como tambien lo es la hemiopia. Este dato tiene suma importancia para la demostracion del origen vaso-espasmódico de las perturbaciones visuales.

Un sintoma muy curioso es el que Féré ha notado en un caso, en que habia persistencia de las imágenes en la retina; si el enfermo leía, continuaba viendo ciertas palabras cuando ya habia cesado de mirarlas; otras veces, un punto negro venia á colocarse sobre el libro y continuaba viéndolo durante media hora.

La fotofobia es muy comun. En mi observacion 8.^a existia una irisacion de los contornos de los objetos durante el periodo precefalálgico.

Síntomas no oculares.

Además de los síntomas oculares, y de los síntomas comunes á casi todas las variedades de jaqueca, como son las náuseas, los vómitos y la hemicránea, pueden unirse al ataque de migraña síntomas de otra clase. Estos síntomas casi todos consistentes en alteraciones de la inteligencia, de la palabra, de la sensibilidad y de la motilidad, fueron ya conocidos por Tissot, pero han sido señalados de un modo claro y bien definido por Piorry. Son inconstantes, y ora se presentan unos, ora otros, aunque por lo comun se muestran con cierta constancia en los diversos ataques de un mismo individuo. Su presencia en las jaquecas oftálmicas consti-

(1) *Dict. de méd.* en 30 vól.

tuye la variante de estas, denominada por Charcot, *jaqueca oftálmica acompañada*.

Vamos á estudiar dichos síntomas de un modo detallado.

Síntomas acústicos.

Han sido señalados con frecuencia. Féré en un caso ha encontrado sordera. Duwez menciona los zumbidos de oreja.

Síntomas gástricos.

Como en la jaqueca vulgar, se ve terminar generalmente el ataque con vómitos precedidos de muchas náuseas. A veces las náuseas siguen á las perturbaciones visuales y preceden á la hemicránea. Es de ello un ejemplo la observacion 5.^a de la Memoria de Féré.

Segun Galezowski á veces preceden los vómitos á todo el resto del ataque. Dice el mismo que faltan bastante amenuado. Esta falta completa se nota en un caso de Parinaud y en uno de Charcot. En un caso referido por Féré hubo vómitos despues de los ataques durante largos años; cuando los ataques se hicieron más raros, los vómitos no se presentaron más; desde entonces la jaqueca se hizo grave y terminó por la muerte.

Duwez menciona como á síntoma de la jaqueca oftálmica á la irritacion gástrica.

Síntomas respiratorios.

Quaglino cita un caso en que durante el acceso habia asma. En un caso de Féré, el enfermo sin antecedentes patológicos pulmonares ni cardíacos, fué atacado de sofocacion durante el acceso. «Lo encontré, refiere Féré, sentado en su cama, con la cara extremadamente pálida y subictérica, los ojos azorados, los labios cianóticos, las extremidades frias. Quiere hablar pero ningun sonido sale de su boca; lleva la mano izquierda al cuello como para arrancar un obstáculo; hace esfuerzos de deglucion pero parece que su laringe no puede elevarse; su respiracion es muy superficial y precipitada; el torax es casi inmóvil. Quiero hacerle tragar una cucharada de agua, la que provoca un acceso de tos y un estado de ansiedad extrema. Este estado que duraba desde tres cuartos de hora, duró aun un cuarto de hora más. Poco á poco la respiracion mejoró y el enfermo pudo hacer algunos movimientos eficaces de deglucion; las extremidades recobraron

el calor y la cara se puso más natural, pero la palabra continuaba suprimida».

Síntomas cutáneos.

Tissot cita un caso de jaqueca oftálmica en que después del ataque quedaban manchas equimóticas azules, lívidas ó negras en la piel de la frente, de los párpados y de la mejilla.

Síntomas referentes á la inteligencia.

En un caso de Charcot la inteligencia quedó obtusa durante las 24 horas que siguieron al segundo ataque de jaqueca oftálmica; durante algún tiempo el enfermo estuvo nervioso é irritable. En el mismo individuo, el tercer ataque causó pérdida de conocimiento.

Förster señala la pereza intelectual; Latham la pérdida del conocimiento; y Duwez y Airy la pérdida de la memoria. En un caso de Féré la enferma perdió el conocimiento en medio de la calle, y en otro hecho del mismo autor, el paciente tenía un miedo intenso. En otro caso del mismo el enfermo perdió varias veces el conocimiento.

Síntomas dependientes de la sensibilidad.

Existen á menudo perturbaciones de la sensibilidad en el miembro superior ó en todo un lado; hormigueos y entorpecimiento de la mano y del brazo. Estos fenómenos á veces se extienden á ambos lados del cuerpo. Pueden cambiar de carácter en los accesos consecutivos de un mismo individuo.

Estos fenómenos ya habian sido observados por Tissot, puesto que refiere un caso en que se adormecían el brazo y la pierna del lado de la hemicránea, y el enfermo sentía en ellas hormigueo. Latham menciona los escalofrios y el enfriamiento periférico. En una observación de Galezowski existían dolores en la pierna y brazo derechos y á veces en el izquierdo.

En un hecho relatado por Féré el sentido muscular estaba muy debilitado en el brazo derecho durante un ataque de teikopsia. Así cuando se cerraban los ojos al paciente y se le decía que llevase el índice izquierdo á la punta de su nariz, ejecutaba el movimiento correctamente, mientras que con el índice derecho se equivocaba, pues lo llevaba á la frente; si se le ponía una moneda de cinco francos en la mano, la reconocía muy bien en la izquierda, mientras que en la dere-

cha, aunque la mano podía cerrarse completamente y que los dedos hubiesen conservado suficientes movimientos para que el contacto pudiese ser extenso, no reconocía si tenía una pieza de moneda. La mano derecha no solo era más tumefacta que la izquierda, si que también notablemente más caliente. En otro hecho del mismo autor, existía una zona de hiperestesia (anestesia dolorosa, disestesia,) en el muslo derecho con reflejo cutáneo cuando se hería esta parte del muslo (reflejo retardado).

A veces el enfermo en lugar de anestesia, de entorpecimiento de la sensibilidad, siente como en el caso últimamente citado, hiperestesia, endolorecimiento de un lado del cuerpo; á veces, siente frío, y en otras ocasiones, picoteo que comúnmente se limita á la mitad de la lengua ó á la mitad de la cara.

Estas perturbaciones de la sensibilidad pueden cambiar de lado en los accesos consecutivos del mismo individuo. Ejemplo son de ello las dos observaciones que siguen, pertenecientes á Charcot. En la primera se trata de una jovencita de 17 años, atacada desde la edad de 9 años de los accidentes de que se queja y que han sido descritos del modo que sigue por una carta dirigida á Charcot, por la misma madre de la enferma. «Después de cuatro semanas de tratamiento (bromuro potásico), la niña, estando en el campo, fué atacada en una mañana por su crisis habitual; perturbación de la vista, dolor en una sien y como siempre, entorpecimiento del brazo y de la mano opuestas á la sien doliente. Un pesado sueño terminó la crisis. Todo el ataque había durado tres horas. Por la noche, al meterse en cama, todo estaba bien; pero á media noche, despertóla un dolor de cabeza extremadamente agudo, como nunca hubiese sentido igual; luego vinieron sobresaltos del corazón y por fin vómitos. Un sueño muy pesado y muy largo terminó también esta crisis, durante la que no tuvo ni perturbación de la vista, ni entorpecimiento de la sensibilidad. Al día siguiente, debilidad general, debilidad extrema, hasta en la vista, gran palidez; ha tomado algún alimento con muy buen apetito, lo que hacía esperar que por entonces los accesos se habrían acabado, cuando á las cinco de la tarde vuelve á tener perturbación visual, dolor en la sien y adormecimiento del brazo y mano del lado opuesto á los de la víspera. La noche se pasa bastante bien.

Al día siguiente por la tarde, nuevo acceso. Desde esta última crisis, ha tardado muchos días en reponerse.

Persiste siempre en lo que me ha dicho, que la perturbación que tiene en la vista le hace ver los objetos á medias, es decir, una parte entre niebla».

En la segunda observacion se trata de un hombre de 30 años que Charcot vió por primera vez en 1870. Tuvo jaquecas periódicas que fueron precedidas de hormigueos que afectaban el miembro superior derecho y la mejilla izquierda; de aspecto vibratorio en el ojo izquierdo y de afasia, tomando entonces el enfermo durante dos ó tres horas una palabra por otra. Bien pronto sobrevienen náuseas; los hormigueos cesan y una verdadera hemicránea se establece, que obliga al enfermo á meterse en cama y dura aproximadamente veinte y cuatro horas.

Otras veces los hormigueos atacaban el miembro superior izquierdo; el enfermo no supo decir si era afásico hasta en este último caso. Charcot lo ha visto en 1872 y 1880. Nada habia cambiado, excepto que en la última fecha los accesos eran ménos frecuentes y ménos fuertes.

Algunas veces las perturbaciones de la sensibilidad pueden llegar á extenderse á ambos lados, aunque predominando en el lado primitivamente afecto. Así lo prueba la observacion siguiente, tambien perteneciente á Charcot: «Hombre de 48 años; alta estatura, nervioso; hipocondríaco. Tiene un hermano que llora y rie á menudo y sin motivo. Su madre es, como dice él «artrítica». No ha presentado jamás otro signo de artritismo que hemorroides. Desde la edad de 25 años, época en la que ha cesado de ser hemorroidario, está sujeto á los accesos siguientes: Empieza por sentir una sensacion de ansiedad en la region precordial; despues sobreviene una hemiopia nasal unas veces, lateral otras; él es muy explícito en cuanto la hemiopia nasal: le hace el efecto de un gran disco negro que le impide de ver en frente y le permite ver á derecha é izquierda. No ha tenido jamás escotoma centelleante.

«Despues de esto sobreviene un adormecimiento muy pronunciado de la mano derecha, luego un poco en la izquierda. Habitualmente hay un poco de entorpecimiento en los labios y hasta en la lengua. Al mismo tiempo hay una afasia real; ya hay la imposibilidad de decir nada, ya toma una palabra por otra. Esto termina por un dolor de cabeza algunas veces muy violento que ocupa la sien y el sincipucio. Estos accesos no van jamás seguidos de vómito; duran generalmente un cuarto de hora ó 20 minutos, pero se repiten en ocasiones muchas veces al dia: en un acceso el dolor persistió medio dia. Eran en otro tiempo más frecuentes; el empleo del bromuro potásico á la dosis de seis gramos por dia parece haber producido una mejoría. Hay á veces accesos abortados.»

Cefalalgia.

Este síntoma, aunque pertenece al grupo anterior, por su importancia en las distintas variedades de la jaqueca, merece capítulo aparte.

El ataque visual va seguido de un dolor en la sien correspondiente al lado en que apareció la perturbación ocular. Esta es la opinión común, formulada con precisión por Charcot, y basada en la inmensa mayoría de hechos. Pero en mi observación 5.^a, la cefalalgia siempre comparecía en la parte opuesta al ojo atacado.

La cefalalgia puede durar largo tiempo y según asegura Galezowski, y se nota en varios de los casos publicados, no es siempre hemicránica sino que llega á extenderse á toda la cabeza. Sucede la cefalalgia á las perturbaciones visuales, ya cuando aun no se han disipado del todo, ya algunos segundos despues de ellas, y según Dreyfus-Brisac, en ciertas ocasiones no comparece hasta horas despues de la terminación de los fenómenos visuales.

Liveing como Galezowski acepta la bilateralidad del dolor de cabeza en algunos casos, y Féré refiere un hecho en que la cefalalgia empezando en un solo lado, se extendía á toda la cabeza; en este caso, cuando el enfermo se habia dormido al fin del ataque al despertar aun le quedaba un dolorcillo vago en la protuberancia frontal izquierda.

La cefalalgia, en caso de uniteralidad, no tiene en muchos pacientes predilección por un lado ó por otro, pero en algunos se presenta siempre en el mismo lado.

Förster dice que la cefalalgia es bastante pronunciada por lo regular, pero que en algunos casos solo se hace sentir cuando se mueve la cabeza.

En algunas observaciones se nota la falta de la cefalalgia, lo que ha hecho creer á observadores tan eminentes como Förster y Dianoux, que se trataba de una simple perturbación ocular y no de una jaqueca, pero á mi ver no dejaba de tratarse de esta última enfermedad. Parinaud, y Charcot han referido cada uno un caso de jaqueca oftálmica en que faltaba la cefalalgia.

El dolor de cabeza no siempre radica en la sien ni en la región frontal, á veces se extiende á la región parietal y hasta en un caso de Féré llegaba hasta el cuello. Al principio el dolor se limita á un espacio muy poco extenso; algunos enfermos lo comparan á un clavo que se introduce en la cabeza. A veces se alivia, según Latham, por la presión. La ca-

beza está caliente y late; el dolor aumenta con los movimientos.

Afasia.

La afasia es bastante frecuente, pero á veces lo que existe es dificultad de mover la lengua, lo que importa mucho distinguir de la afasia.

Las perturbaciones de la palabra lo mismo que las del movimiento y sensibilidad, coinciden en general con las perturbaciones visuales.

Charcot, que en varias ocasiones ha citado la afasia y el simple embarazo de la palabra como síntoma de la jaqueca oftálmica, relata un caso en que, durante los cinco ó seis dias que siguieron al quinto ataque el enfermo no podia decir sino «á cause que», lo que prueba que dicho síntoma puede subsistir hasta despues del ataque.

La afasia verdadera puede ser más ó ménos completa, con ó sin agrafia, y espanta á veces al enfermo por su principio brusco. La afasia en la jaqueca oftálmica es una de las perturbaciones más frecuentes. A veces los enfermos no han perdido más que algunas palabras; á veces no les queda ninguna, ó las que les quedan las colocan mal. En los primeros ataques de jaqueca el enfermo se asusta, de modo que espera con ansiedad el fin del acceso.

Algunas veces el enfermo no solamente no puede hablar, pero como ya hemos indicado anteriormente no puede escribir. Hé aquí un ejemplo de ello: «Observacion referida por Féré. M. E. hace llamar á su médico de cabecera, el doctor Augron y le dice claramente: «doctor, soy afásico». Repite constantemente esta frase y cuando se quiere hacerlo explicar, se nota que no puede hallar sus palabras y que emplea una por otra. Quiso escribir y despues de muchos esfuerzos, no pudo trazar más que muy imperfectamente la palabra «cerise». Durante la noche, la afasia se hace completa, cesó inmediatamente despues de la aplicacion de 12 sanguijuelas detrás de las orejas.

Este enfermo ha tenido tres ó cuatro accesos del mismo género, que atribuye sea á una fatiga, sea á un acceso de cólera, sea á una intoxicacion por el tabaco; ordinariamente la afasia va precedida de algunas perturbaciones de la motilidad en el pulgar y el indice de la mano derecha y se acompaña de un dolor cefálico, situado encima de la ceja izquierda y de un poco de hemiopia, pero no va acompañada ni seguida de vómitos».

La afasia en la jaqueca oftálmica como de ello es ejemplo

la observacion anterior, se asocia casi siempre con perturbaciones motrices de los miembros del lado derecho. Esto es por lo ménos lo que se deduce de los hechos hasta ahora publicados.

En lugar de pérdida ó dificultad de la palabra puede observarse una obnubilacion más ó ménos marcada de la memoria; el enfermo puede articular y encuentra bastante facilmente las palabras del discurso ordinario, pero ha perdido el recuerdo de ciertos hechos, de ciertas fechas (Féré).

Voy á citar algunos de los casos publicados de afasia en la jaqueca oftálmica. Un enfermo de Tissot tenia trabajo en hablar. En un caso de Féré desde las primeras jaquecas habia perturbaciones de la palabra; se veía obligado á detenerse y decir: *yo no sé hablar* ó le faltaba una palabra ó quitaba una sílaba. El mismo enfermo en otras ocasiones perdía del todo la palabra. Un dia hablaba balbuceando pero aseguraba que se acordaba muy bien de las palabras, y queria dar á comprender que eran la lengua y los labios lo que le servía mal.

Que se me permita una ligera digresion. En un caso que publiqué este mismo año en la *Gazzetta médica di Torino*, se ve que el enfermo solo conservaba las palabras catalanas de «No sé dir», equivalentes en castellano á «no sé hablar». Decía yo entonces que el enfermo notando que su lenguaje se perturbaba, le importan mucho estas palabras que dan noticia de su estado para que deje escapárselas; las repite á menudo cuando el lenguaje no está del todo perdido, y cuando llega á este punto, ya las ha salvado del naufragio. Permitidme una hipótesis, que podrá muy bien ser falsa, pero hace comprender la posibilidad del hecho. Suponed que el recuerdo de las palabras consista en una modificacion de las células. El enfermo nota que pierde el recuerdo de algunas palabras, porque algunas de las células hayan ya sido invadidas por el proceso morbozo, y entonces pronuncia, si es que aun le quedan, las palabras que expresan su estado. Estas palabras, repetidas muchas veces, quedan grabadas en otras células, cuando las antiguas que las contenian están incapacitadas de funcionar. Asi se explica que se puedan salvar estos términos «no sé hablar» tan aplicados al caso, cuando todas las palabras se han perdido. Pues bien, en poco espacio hemos tropezado con dos observaciones iguales bajo este punto de vista á la que yo publiqué en la *Gazz. med. di Torino*. En una observacion el enfermo decia: «Doctor, soy afásico» y en otra: «no sé hablar» y no podian decir nada más. Estos hechos merecen formar una agrupacion natural dentro de la afasia.

En otro caso de Féré habia afasia vulgar pasajera; ya

el enfermo no podía decir nada, ya usaba una palabra por otra.

En otro caso del mismo, el enfermo tomó durante tres horas unas palabras por otras.

En un caso de Charcot se limitaba de pronto á la duracion de los accesos; no tardó en persistir en los intervalos y en los dos últimos años quedó permanente. Consistía de pronto en la dificultad y lentitud en la articulacion de las palabras; enseguida en la dificultad de encontrar estas palabras y en el olvido de las formas gramaticales. El enfermo, en sus mejores dias, habla lentamente y como los negros. Esta dificultad es menor para su lengua materna que por las diversas lenguas extranjeras que parece poseer muy bien. Esta afasia aumenta durante los accesos de jaqueca.

El siguiente hecho pertenece á Lépine. «El enfermo desde el año último, á consecuencia de un acceso de jaqueca hereditaria, con afasia pasajera, presenta una hemiopia que no se ha enmendado sensiblemente desde un año, mientras que los accesos de jaqueca, gracias á un tratamiento hidroterápico no se presentan más que muy de tarde en tarde y no tienen una intensidad comparable á la de los accesos de tiempo atrás».

Parinaud ha notado en un caso, embarazo de la palabra. Viura en la observacion 8.^a dice, que ha padecido en algunos ataques de un ligero grado de afasia.

En una observacion de Galezowski hubo durante el ataque amnesia de las palabras, fenómeno que se reprodujo tres veces. Dianoux menciona tambien el embarazo de la palabra. Airy dice que en uno de sus ataques, notó con pena que no hablaba con la facilidad ordinaria, y que llegaba á no saber lo que decia y lo que queria decir.

Parálisis y paresias.

Este es un síntoma bastante frecuente pero más raro que las alteraciones sensitivas. Cuando existe en los miembros del lado derecho coincide frecuentemente con la afasia. Las parálisis y las paresias afectan la forma monoplégica ó hemiplégica. Manthner señala la hemiplegia transitoria. Liveing, Piorry y Duwez mencionan la parálisis pasajera de un miembro. Förster notó la fatiga, el abatimiento y disgusto para el trabajo. Charcot menciona el entorpecimiento de una mano ó de un lado de la lengua; dice además, que la debilitacion y el entorpecimiento se limitan á un extremo superior. En un caso del mismo autor el que se paralizaba era el brazo derecho. En la observacion de Parinaud había entor-

pecimiento del lado derecho, ó sea del mismo lado en que se manifestaba la perturbacion visual. Este entorpecimiento empezó al mismo tiempo que la jaqueca. Primero se afectó la cara, luego la lengua, luego el brazo y el tronco, y por fin, la pierna. Cuando el entorpecimiento habia invadido el miembro inferior, la cara estaba ya libre y la ambliopia habia disminuido. En el tercer ataque fué invadido tambien el miembro inferior izquierdo.

En un caso de Féré en un ataque habia una semiparálisis de los músculos del pulgar, medio é indicador con conservacion de la sensibilidad.

En otro ataque, el mismo enfermo tenia inmóvil la parte derecha de la cara; la comisura labial derecha estaba desviada hácia abajo; el labio inferior adelgazado. La mejilla se levantaba á cada espiracion. Los cuatro dedos de la mano derecha estaban en semiflexion, con el pulgar aplicado al índice. Si se le mandaba que cerrase la mano lo hacia aun con cierta energía, pero la extension de los dedos era imposible. Si se quería extenderlos no se lograba sino á medias, en particular en las últimas falanjes que se quedaban en flexion. Habia un poco de atrofia de la eminencia. La mano entera estaba violácea y tumefacta; era notablemente más voluminosa que la mano izquierda. El reflejo bicipital parecia un poco exagerado. Ninguna perturbacion de la motilidad en la pierna derecha. Los reflejos rotulianos son muy fuertes en ambos lados.

En otro caso de Féré habia perturbaciones de la motilidad en el pulgar é indice de la mano derecha. En otro hecho del mismo escritor habia debilidad del esfinter anal.

Voy á traducir *in extenso* otra observacion de Féré en que la hemiplegia fué completa.

«Md. Vald, comadrona, 34 años, sin antecedentes hereditarios, ni gota, ni reumatismos. No hay antecedentes personales; solamente es un poco nerviosa, de buena salud habitual, gorda. Al principio de Diciembre de 1878, hácia las once de la noche, leyendo en la cama, siente un dolor que le atraviesa la cabeza como un rayo, partiendo de la parte superior y posterior derecha, atravesando oblicuamente la convexidad del cráneo y deteniéndose en la parte inferior de la sien izquierda. Queda como atontada por este dolor y luego se duerme. Algunos dias despues sintió, en distintas ocasiones, una especie de vértigo con sensacion de presion que la forzaba á encorvar la cabeza y á cerrar los ojos. Habría «*dormido*» dice ella, ó perdido el conocimiento durante algunos segundos. Estos accidentes se han renovado hasta en 11 de Enero de 1879. En este dia se despierta por la mañana, no pudiendo

mover ni los dedos ni la mano derecha. Al día siguiente el brazo entero estaba paralizado é insensible; sentia en la palma de la mano un calor excesivo y dice que ésta estaba muy hinchada. A fines de Enero tiene un calambre de la pierna derecha á consecuencia del que sobreviene una parálisis con anestesia del miembro inferior. La enferma debió quedarse en cama.

En 20 de Febrero los vértigos volvieron más fuertes, y en 21, á las 7 de la mañana, sintió un temblor en las piernas, despues en los dedos y en la palma de la mano derecha; al mismo tiempo se hizo un movimiento de torsion de la cabeza de izquierda á derecha; la comisura bucal estaba desviada á derecha; los párpados estaban animados de un movimiento convulsivo como los músculos de la cara; la enferma no podia articular palabra; no podia más que despedir gritos roncós. Estas convulsiones clónicas duraron una hora sin que la enferma perdiera el conocimiento; despues todo entró en el órden. Desde este momento empezó á sentir dolores paroxísticos en la cabeza, partiendo del lado derecho del cuello, remontando por el occipucio hácia el vértice y la frente para terminarse á raíz de la nariz; estas crisis duraban de dos á cinco minutos y se acompañaban de náuseas.

A fines de Marzo, la enferma empieza á mover la pierna derecha; en 15 de Abril la mano estaba más libre, pero no fué mas que hácia el 15 de Mayo que la enferma pudo volver á escribir.

Durante 18 meses no tuvo ningun dolor de cabeza y se halló perfectamente bien.

En 7 de Noviembre de 1880 á las 2 de la madrugada la enferma entra en un cuarto excesivamente calentado por una estufa, donde ella debió quedar hasta las 4. Volviendo á su casa, fué presa de vértigos y perdió el conocimiento en la calle. Llegó á su casa temblando y se metió en cama á las 5 y media. En seguida siente un dolor violento sobre el lado derecho de la frente, y tiene delante de los ojos alternativamente una grande claridad y una rueda dentada roja que da vueltas y cuyos dientes vibran. Estos fenómenos persistian hasta cuando cerraba los ojos. Durante el día tuvo vómitos glerosos, pero las sensaciones luminosas no desaparecieron; la rueda dentada roja en los primeros días fué haciéndose blanquizca, del color de los relámpagos durante 5 ó 6 días. Al mismo tiempo el dolor de cabeza persiste y aumenta; parece á la enferma que su vista baja; no puede leer ni escribir sin tener náuseas y dolores violentos en los ojos. Despues reaparecen los antiguos dolores de cabeza que partian del cuello; le es imposible de dormir sobre el lado izquierdo sin

sentir violentos dolores en el ojo izquierdo y en la frente. Estos dolores van siempre acompañados de vómitos. Algunas veces tiene zumbidos de oídos y á veces es sorda de la oreja derecha; latidos en la sien derecha. Fiebre todas las noches á las ocho.

En 25 de Diciembre á las tres de la tarde, la mano y brazo izquierdos adquieren una contractura; la boca se contrae dirigiéndose á izquierda. Despues el ojo queda fijo, no puede hacer ningun movimiento de todo el lado izquierdo, que es anestésico. La contractura duró hasta las 5. Despues violentas crisis dolorosas se sucedieron de diez en diez minutos, empezando por el cuello, subiendo por detras de la cabeza y dirigiéndose á la raíz de la nariz. Durante estos accesos, la enferma ha tenido diplopia; despues delante del ojo derecho venia á colocarse un círculo blanquecino con un centro negro.

A partir del 3 de Enero de 1881 mejoría sensible; las crisis se hacen más raras, ménos dolorosas; el dolor ocular ha disminuido; la enferma empieza á poder acostarse sobre el lado izquierdo. Su mano izquierda se hincha de tiempo en tiempo; la sordera persiste alguna temporada; su vista es muy débil y ve incompletamente los objetos ó le parecen deformados.

En 19 de Enero. Meyer comprueba una hemiopia de forma especial, puesto que la vision normal pasa un poco del centro y que el campo visual está generalmente estrechado, pero que sobre todo á izquierda. En la papila, varicosidades y flexuosidades de las arterias de la retina.

Cuando se presenta á la consulta del 4 de Febrero, los reflejos rotulianos están exagerados en ambos lados, sobre todo en los tendones rotulianos.

Bajo la influencia de la electricidad extática los fenómenos tanto cefálicos como periféricos se han generalmente enmendado. Meyer ha comprobado el agrandamiento gradual del campo visual. En 3 de Mayo, despues de haber tomado café, ha tenido un acceso de jaqueca oftálmica á consecuencia del que Landolt ha podido comprobar una nueva recrudescencia de la hemiopia.»

En el Dr. Viura (Obs. VIII), existia en algunos ataques paresia de un extremo superior con hormigueo del mismo.

En un caso de Airy la marcha del paciente se desviaba sensiblemente á un lado.

Convulsiones y vértigos.

Liveing ha hecho notar que existian grandes relaciones entre la jaqueca y la epilepsia, y en efecto, infinidad de auto-

res han hallado en la primera convulsiones semejantes á la segunda.

Charcot dice que los ataques epileptiformes son síntomas de la jaqueca oftálmica, y refiere un caso en que hubo sacudidas convulsivas de carácter epileptiforme con pérdida de conocimiento. Las convulsiones pueden ser uni ó bilaterales, y pueden ir ó no acompañadas de pérdida de conocimiento. Dreyfus-Brisac dice que hay á veces mordedura de la lengua, con lo que llega á imitar del todo á una verdadera epilepsia. «Al lado de estas crisis epileptiformes, dice Dreyfus-Brisac, que no tienen de las descargas de la terrible epilepsia más que ciertas apariencias, hay casos en que los fenómenos convulsivos se presentan con todos los caracteres de la epilepsia verdadera, y otros hasta en que accesos de jaqueca oftálmica y accesos epilépticos parecen alternar. Estamos, pues, autorizados para preguntarnos, si no es preciso ver en esta jaqueca una de las modalidades de la epilepsia, una variedad de la epilepsia larvada.»

En una observacion de Féré que he copiado en el capítulo anterior, hubo temblores en las piernas y en los dedos y palma de la mano derecha; los párpados estaban animados de un movimiento convulsivo asi como los músculos de la cara.

En una observacion de Charcot y Féré se hallan los siguientes datos: «A consecuencia de una nueva recrudescencia de la jaqueca con perturbaciones visuales, con entorpecimiento del brazo izquierdo y lado izquierdo de la cara, sin que perdiese conocimiento, no pudo articular una sola palabra. Despues la mano empezó á vibrar, despues todo el miembro superior izquierdo se puso á levantarse por sacudidas, al mismo tiempo que el lado izquierdo de la cara se arrugaba. Estas convulsiones parciales duraron un cuarto de hora; bien pronto á estas contracciones limitadas se unieron movimientos del miembro inferior izquierdo, que se doblaba y extendia bruscamente, ya en la abduccion, ya en la adduction; despues el miembro inferior derecho se agitó igualmente, pero el brazo derecho no tomó mas que muy corta parte en las convulsiones. Estas no eran continuas pero se repetian á muy cortos intervalos. Esto duró al ménos dos horas. Cuando las convulsiones hubieron desaparecido, subsistia aun el dolor de cabeza, y el enfermo tuvo vómitos, sacando un gran vaso de líquido fuertemente teñido como de bilis.»

La siguiente observacion de Féré es un ejemplo de jaqueca oftálmica que se atenúa despues de la aparicion de una epilepsia parcial. «Mouth... 50 años; grabador. Cifosis marcada de la columna vertebral. No hay señales de raquitismo en los huesos de los miembros; la cabeza está bien confor-

mada. Aunque un poco débil, ha gozado siempre de buena salud y no ha tenido jamás ninguna fuerte enfermedad. Siempre ha tenido la cabeza un poco débil y jamás ha podido cuidar bien de sus asuntos.»

«Desde su juventud, ha tenido accesos de jaqueca. En 1871 compareció la epilepsia parcial, y desde aquella época los accesos de jaqueca se han atenuado mucho.

»Antes los ataques de jaqueca volvían regularmente cada mes, y eran fácilmente provocados por los excesos de todo género ó por los cambios en su género de vida; duraban de 12 á 24 horas.

»Esta jaqueca estaba caracterizada por un dolor al nivel de la region parietal izquierda con sensacion de pesantéz y calor, palidez de la cara, escotoma centelleante figurando una fortificacion luminosa y ocupando la parte izquierda del campo visual; despues sobrevénian náuseas que no iban seguidas de vómitos. Al principio del acceso el enfermo sentia en la parte derecha del cuerpo, hormigueo y una sensacion de frio. Estos hormigueos empezaban por el lado derecho de la cara, subian hasta la oreja derecha, ganaban el miembro superior derecho y se extendian hasta la extremidad de los dedos. Estas sensaciones de hormigueo no se producian más que en los ataques un poco fuertes y eran el preludio del fin del ataque.

»Es en 1871 que tuvo su primer acceso de epilepsia parcial con caída y pérdida de conocimiento. Estos accesos no han cesado de repetirse despues. Al principio volvian cada ocho dias; despues, á consecuencia de un tratamiento por el bromuro potásico, ha estado un año, hace 4 años, sin tener ningun ataque; en fin, estos han vuelto y se reproducen con regularidad cada 8 ó 15 dias, ordinariamente por la noche, pasadas las 12 de la misma.

»Estos ataques se caracterizan así; el enfermo siente un hormigueo en el extremo de los dedos de la mano derecha (del mismo lado que era el sitio del entorpecimiento en los ataques de jaqueca). Esta sensacion es para él una advertencia; se levanta para resistir mejor el ataque y tiene siempre tiempo de hacerlo. En seguida los dedos de la mano derecha se contracturan en flexion. Todo puede limitarse á esto: el enfermo agita voluntariamente el miembro para hacer cesar su calambre y todo se detiene. Otras veces, las cosas van más lejos; el miembro superior entero presenta temblor, despues la cabeza se inclina espasmódicamente hácia la espalda derecha y la boca se desvia á izquierda. En fin, en un cierto número de casos hay pérdida de conocimiento, generalizacion de las convulsiones en la cara y en los miembros, mordedura

de la lengua; estos ataques con pérdida de conocimiento son más frecuentes que los otros; no se ha orinado nunca en la cama ni en sus vestidos. Después del ataque está triste, llora y tiene ideas de suicidio. Algunas veces el mismo escotoma que acompañaba la jaqueca anuncia el ataque.

» Cuando se presenta en la visita por primera vez, en 10 de Abril de 1880, no hay señales de parálisis en los miembros; la fuerza dinamométrica es igual en ambas manos. Los reflejos tendinosos son normales.

» El enfermo es hemorroidario, ordinariamente restreñido, y un purgante, por ligero que sea, provoca una crisis epiléptica.

» Tratamiento. Elixir de Yvon, 4 cucharadas de café por día en la primera semana, 5 en la segunda, 6 en la tercera y 7 en la cuarta.

» Vuelve en 6 de mayo; no ha tenido más que un solo ataque de epilepsia con pérdida de conocimiento; no hay jaqueca.—Tratamiento. Elixir polibromurado que debe tomarse del mismo modo que el de Yvon.

» 4 Junio. El enfermo no ha tenido más crisis. Ha tenido solamente en el ojo izquierdo irradiaciones luminosas «como una aureola». Estas sensaciones le parecen mucho más claras desde la desaparición de los accesos de epilepsia. Tratamiento: volver á tomar el elixir en las mismas dosis sucesivas.

» 3 Julio. Hace tres semanas ha tenido un acceso de epilepsia sin pérdida de conocimiento; la cara se ha puesto convulsa y se ha desviado á derechâ. El miembro superior derecho ha sido agitado por convulsiones espasmódicas y el pié se ha mantenido varus equino. Fuera de esto, el enfermo ha tenido muchas veces hormigueos en los últimos dedos de la mano derecha, que duraban algunos minutos. Tratamiento: elixir hasta 9 cucharadas.

» 7 Agosto. No ha tenido acceso de epilepsia desde el 13 de Junio; pero ha tenido un acceso de jaqueca con escotoma.

» 7 Setiembre. Ha tenido un solo acceso de epilepsia desde un mes. Muchas veces sin dolores de cabeza ha tenido su escotoma á derecha.

» 30 Octubre. No ha tenido grandes ataques, solamente algunas sacudidas en el miembro superior derecho. Ha tenido muchas veces accesos del escotoma aislado.

» 3 Febrero 1881. Los ataques no se han reproducido más frecuentemente, pero parecen haber cambiado un poco de carácter. Principian por un entorpecimiento con crispación de la mano y no por un estremecimiento como antes. Hasta en los grandes ataques, que son muy raros tiene siempre tiempo de escoger lugar donde caer, cuando las convulsiones gene-

rales se produzcan. Ordinariamente el ataque consiste solamente en un entorpecimiento sin estremecimiento de la mano, en la que la convulsion se localiza sin que haya pérdida de conocimiento. La jaqueca está muy atenuada. Se suprime el polibromuro. Se da valeriana y óxido de zinc.

»12 Febrero. Desde que se ha suprimido el polibromuro los ataques se han reproducido dos veces por semana. Vuelve á darse el elixir.

»9 Marzo. Los ataques no se han repetido, pero ha tenido algunos entorpecimientos en la mano derecha, de tiempo en tiempo y aisladamente centelleamientos, pajitas luminosas del lado izquierdo con vista turbia.

»8 Mayo. Estaba tranquilo desde un mes; ayer tuvo una perturbacion visual en el ojo izquierdo y enseguida dos ataques de epilepsia.»

En cuanto á los vértigos, debo manifestar que se encuentran muy á menudo en la jaqueca oftálmica, y segun afirma Dreyfus-Brisac, acompañan á la cefalalgia más frecuentemente en esta que en las otras variedades de jaqueca. Segun Galezowski vienen despues de las perturbaciones oculares y suelen durar horas y hasta dias enteros. Se los cita en dos observaciones de este autor, en una de Quaglino y en dos de Féré. Duwez tambien hace mencion de ellos. Féré asegura que acompañan frecuentemente á los fenómenos oculares pero que subsisten mucho más largo tiempo.

Prodromos de la afección en general.

No se conocen. Solo sé que en un caso de Charcot, el enfermo, antes de haber sufrido ningun ataque de jaqueca oftálmica, iba haciéndose meticuloso é irritable. En otras observaciones se señala tambien un cambio de carácter ó una exageracion del nervosismo.

Prodromos del ataque en particular.

Tampoco son muy marcados ni bien definidos. En cada caso varian, y en la mayoría de los ataques no existen. Clarke dice, que antes de las perturbaciones oculares se notan á veces sensaciones diversas de las extremidades comparables al aura epiléptico.

Etiología de jaqueca oftálmica.

Edad.—Es más propia de jóvenes que de viejos. Muchas veces, con los progresos de la edad, mejora. Sin embargo, Ga-

lezowski, contrariamente á la mayoría de los autores, afirma que en esta afeccion no influye mucho la edad; la ha visto dos veces de 13 á 14 años y una vez á 80 años.

Sexo.—Al parecer ataca más al sexo femenino. Galezowski dice, que de 29 casos ha observado 18 mujeres y 11 en hombres.

El embarazo predispone al parecer. Mauthner refiere un caso en que hubo recrudescencia extraordinaria durante el embarazo.

Pero durante la gestacion lo que se nota más á menudo es el centelleo no seguido de hemicránea. Al escotoma centelleante de las embarazadas, acompañan bastante á menudo, segun afirma Galezowski, perturbaciones cerebrales caracterizadas por afasia y perturbaciones intelectuales que pueden prolongarse media hora y hasta más. Pero estas perturbaciones cerebrales del *escotoma* de las embarazadas son de más corta duracion que las de la jaqueca oftálmica ordinaria.

Constitucion y temperamento.—Segun Latham, se muestra sobre todo en individuos anémicos, nerviosos y excitables. Muchos enfermos son atacados por primera vez, al parecer, en medio de una salud perfecta.

Influencias morales.—Latham cree mucho en la influencia causal de las emociones vivas.

Alimentacion.—Viura en la obs. 8.^a manifiesta que las féculas son causa de muchos de sus ataques. Le basta comer judias para que antes de 24 horas sufra un violento ataque de jaqueca oftálmica.

Enfermedades causales.—Se observa muy á menudo en los dispépticos. Estos dispépticos casi siempre son gotosos, que como Trousseau y Charcot han demostrado, padecen á menudo de jaqueca. La gota ha sido acusada por la mayoría de los autores, como Féré, Galezowski y Gauté. Este ha hallado 14 casos de jaqueca oftálmica en gotosos en las notas inéditas de Galezowski.

El reumatismo es tambien una causa poderosa. Woinow refiere un hecho en que la perturbacion visual no fué seguida de hemicránea, sino de un ataque de reumatismo poliarticular agudo. (R. M. Woinow Amaurosis transitoria: *Protocolo de la sociedad de médicos rusos en Moscou*, 1881, t. IV). Es muy frecuente, segun Féré, en los hemorroidarios, lo que es de creer, porque estos son, en su mayoría, gotosos ó reumáticos.

Quien dice gota y reumatismo, dice artritis. Así es que puede asegurarse, en general, que el artritis es una causa poderosa de jaqueca oftálmica. Lo mismo puedo decir del nervosismo, lo que dada la naturaleza neurótica de la ja-

queca oftálmica equivale á decir una perogrullada. Así que la jaqueca oftálmica guarda estrechas relaciones con la epilepsia, el histerismo, la corea, etc.

La diabetes, segun Galezowski, produce una especie particular de jaqueca oftálmica.

Ocupaciones y posicion social.—Es muy propio de los hombres de ciencia, de modo, que la mayor parte de los médicos que la han descrito estaban sujetos á la misma, entre ellos, Förster, Dianoux, Wollaston, Warlomont, Ruete, Tyrrell, Listing, Airy, Czermak, Mannhardt, Clery y Brewster. Latham reconoce como poderosa causa, el trabajo intelectual exagerado: una lectura asidua durante el período digestivo, una fatiga ó un exceso cualquiera puede determinar el primer ataque.

Este órden de causas está expresamente señalado en la observacion 8.^a

Herencia.—Segun Féré, ha sido vista muchas veces, lo que encuentro muy natural, porque la jaqueca oftálmica no puede separarse de las leyes generales de las neurosis.

Para concluir debo manifestar, que hay aun mucha vaguedad y poca precision en lo que sabemos acerca de la etiología de la jaqueca oftálmica, pero se puede afirmar la influencia del artritismo y nervosismo. En una palabra, parece que la jaqueca oftálmica es debida á las mismas causas que la jaqueca vulgar.

No he dividido las causas en predisponentes y ocasionales, porque ¿quién podrá asegurar si una causa es siempre predisponente ó siempre ocasional?

Causas del ataque.

Son tambien iguales á los de la jaqueca comun. Ciertos dispépticos ven sobrevenir el ataque cuando recrudecen sus fenómenos gástricos. A veces basta una impresion fuerte sobre los nervios sensoriales, sobre todo, en el nervio óptico, para hacer comparecer el ataque. A veces los ataques van precedidos y anunciados por perturbaciones digestivas; el hambre los determina muchas veces.

En el enfermo de mi observacion 5.^a, una preocupacion viva ó un trabajo intelectual penoso, causaban el ataque, pero cuando éste existia, las mismas causas podian contribuir á disiparlo.

En un caso de Féré, y en mi observacion 3.^a, los pacientes no podian hacer un viaje, sea en carruaje, sea en camino de hierro, sin tener un ataque de jaqueca. En el hecho citado

de Féré el enfermo tenia inevitablemente el ataque, si tomaba un purgante un poco enérgico.

Jaquecas oftálmicas sintomáticas.

Si como han hecho algunos, consideramos jaquecas sintomáticas á las jaquecas dependientes de la gota, reumatismo y perturbaciones gástricas, como éstas son las causas más comunes de las migrañas, aun de las oftálmicas, deberíamos considerar como sintomáticas á casi todas las jaquecas, lo que como se comprende no es justo. A mi ver solo merecen el nombre de sintomáticas, las que dependen de una afeccion orgánica de las partes intracraneales, y no de una alteracion puramente neurótica, entendiendo por esta última denominacion aquellas en que no existe una lesion material persistente, reconocible por nuestros medios de percepcion.

Pseudo jaquecas oftálmicas.

Las jaquecas oftálmicas sintomáticas en el sentido en que las he tomado, pueden tambien ser consideradas como *falsas jaquecas*. Hé aquí lo que con este motivo decia Dreyfus-Brisac. «No pueden existir falsas jaquecas, como al lado de la angina de pecho verdadera la observacion nos ha enseñado á reconocer pseudo-angnas, y al lado de la epilepsia verdadera, accidentes epileptóides?»

Conviene tambien no confundir con verdaderas jaquecas oftálmicas, aquellas hemicráneas acompañadas de perturbaciones oftálmicas dependientes de pólipos nasales. Hack (1), que ha publicado un excelente estudio de estas falsas migrañas, ha hecho notar que estas curan siempre con la extirpacion del tumor causal.

Tampoco son verdaderas jaquecas oftálmicas las estudiadas por Weir-Mitchell como dependientes de perturbaciones en la refraccion y acomodacion. Estas son conocidas por el nombre de *cefalalgias oculares*, que se presta á confusion con el de *jaqueca ocular ú oftálmica*, por lo que importa marcar bien la diferencia de las afecciones por estas dos expresiones denominadas. Esta cefalalgia ocular, debida á la accion irregular ó excesiva de los músculos internos ó externos del globo del ojo, es familiar á los oftalmólogos; pero aunque los autores oftalmólogos hayan hecho muy á menudo

(1) *Ueber die operative Radikalbehandlung bestimmter Formen von Migräne, Asthma, Heufieber etc. Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten von Dr. W. Hack.*-Freiburg Wiesbaden. Bergmann. 1884.

alusión á la misma, los médicos, en general, ignoran las relaciones que existen entre el dolor de cabeza y la anormalidad de los ojos. La forma más frecuente de esta clase de cefalalgias, es segun Cárlos Higgens (*British Medical Journal*) la que es debida á una fuerte miopia, en la que el punto más alejado de la vision distinta es de tal modo cerca de los ojos, que para mantener á las visuales convergentes sobre el punto en que los caractéres ordinarios de impresion ú otros pequeños objetos pueden ser vistos fácilmente, es necesaria una gran tension de los rectos internos.

Ejemplo notable de cefalalgia dependiente de esta tension forzada del recto interno, por excesiva miopia, es el referido en 1879 por Carter en el «*The Lancet*». Otros casos dependientes de una tension extremada del recto interno, tienen lugar, dice Boggs en el *Recueil d'Ophthalmologie*, (octubre, 1883) en la emetropia y en la hipermetropia ligera; pero en estos casos los músculos están realmente debilitados y no sobrecansados por una prolongada convergencia sobre un punto muy aproximado. Casos por el estilo han sido referidos en *Guy's Hospital Reports*, 1865 bajo el titulo: *Una forma muscular de astenopia*. Los otros casos de cefalalgia ocular son explicados por el astigmatismo, simple miopia ligera, etcétera, etcétera. En estos casos el dolor de cabeza es debido á una accion irregular ó excesiva de los músculos internos del globo del ojo. El Dr. Brailey ha tambien atraido la atención sobre este asunto en una comunicacion titulada: «*El astigmatismo considerado en sus relaciones con la cefalalgia y con ciertas condiciones morbosas del ojo,*» que se encuentra en «*Guy's Hospital Reports 1878.*» Debo hacer notar de paso que no son estas las únicas perturbaciones nerviosas provocadas por las anomalías de la refraccion ó acomodacion. Son numerosas, importantes y variadas, y á veces simulan encefalopatías graves. Noyes ha curado tratando únicamente las alteraciones de la refaccion ocular, algunos síntomas cerebrales y medulares, atribuidos erróneamente por excelentes prácticos á afecciones incurables del sistema nervioso (1).

Las llamadas cefalalgias de crecimiento tan bien estudiadas en estos dos últimos años, tambien dependen casi siempre de alteraciones oculares, y en algunos casos pudieran confundirse con la jaqueca oftálmica. En ellas, como en esta, se encuentran vértigos, náuseas y aturdimiento. Se distinguen en que casi nunca son unilaterales, mientras que la ja-

(1) *De las perturbaciones de la vista que por error pueden ser interpretadas como síntomas de lesiones cerebrales ó del sistema nervioso,* por Enrique D. Noyes. (*The New-York Medical Journal*. Fébruary, 1883.)

queca casi siempre lo es. La hipermetropia, el astigmatismo y la falta de equilibrio muscular, parecen ser factores importantes en la produccion de esta enfermedad que despiertan los esfuerzos de acomodacion. Blache, aun admitiendo el concurso de perturbaciones de la vision en el estado patológico que describe está convencido de que las cefalalgias de crecimiento son algunas veces independientes de los ojos.

Frecuencia de la afeccion.

Los que la han observado están contestes en reconocer que es más frecuente de lo que generalmente se cree. Los prácticos que la desconocen la deben haber visto alguna vez, pero sin reconocerla. Galezowski en 2 años tan solo, ha observado 76 casos de jaqueca oftálmica. Féré la encuentra con igual frecuencia en ambos sexos, aunque segun otros autores, como ya he dicho, en la etiología, domina en las mujeres. Se la vé más á menudo en la edad madura y adulta, aunque tambien se la puede observar en viejos y niños. Charcot vió empezar la afeccion en un niño de 9 años. Véase lo que sobre esto he escrito en el capítulo dedicado á la etiología. Förster ha notado esta afeccion en el 5 ó 6 por mil de sus enfermos.

Duracion y frecuencia de los accesos.

La duracion de la crisis es generalmente muy corta. Fuera de la hemicránea que persiste muchas horas, los otros fenómenos se disipan en un espacio de tiempo mucho más corto, si bien que en esto hay muchas variedades individuales. Segun Dreyfus Brisac, duran los fenómenos oculares de algunos minutos á una hora. Förster señala dos minutos de duracion á la crisis ocular. Segun Dianoux, á veces tiene tan solo algunos segundos, y raramente alcanza una hora.

Sobrevienen habitualmente muy de tarde en tarde los accesos de jaqueca oftálmica; á veces tan solo una ó dos veces por año. En otros individuos son más frecuentes y vuelven cada mes ó cada semana, generalmente sin mucha regularidad; sin embargo, en un caso de Féré se repetian casi regularmente cada ocho dias. A veces puede venir dos ó tres veces por semana, en cuyo caso, segun Galezowski, sobreviene una perturbacion de la vista y una especie de astenopia casi permanente, que hace todo trabajo imposible. Wollaston en toda su vida no tuvo más que dos ataques. Airy no fué atacado ménos de 30 veces. Förster tuvo cinco ataques. Esta afeccion puede repetir sus accesos durante largos

años; en una observacion de Testelin duró 31 años sin alterar la facultad visual. Charcot afirma tambien que puede durar 10, 12, 15 años, sin ir seguida de ninguna consecuencia grave; pero el mismo autor es uno de los que con más riqueza de pruebas han demostrado que no siempre es así. Pero de esto me ocuparé en el capítulo que sigue.

En un enfermo de Parinaud, la perturbacion visual solo duró 15 minutos en el primer ataque y todo éste 30 minutos; el 3.^{er} ataque duró tan sólo 10 minutos. El 2.^o acceso vino cinco dias despues del 1.^o y el 3.^o un año despues del 2.^o Este caso prueba la irregularidad que hay á veces en la frecuencia y duracion de estos ataques.

En el mismo sentido habla un caso de Charcot en que el 2.^o ataque apareció ocho dias despues del primero; á los cinco meses vino el 3.^o, á los ocho dias el 4.^o y á los tres meses el 5.^o, despues de lo que se estableció el cuadro de la parálisis general. Muchísimos otros casos podria citar en que se nota igual desórden.

Terminacion y complicaciones de la jaqueca oftálmica.

La jaqueca del ojo termina muchas veces con los progresos de la edad, y generalmente no lleva consigo muy malos efectos, pero no siempre es así, de modo que conviene ser muy cautos y reservados, en el pronóstico. «No vayais, dice Charcot, despues del conocimiento de los hechos sin consecuencia grave, á hacer siempre un pronóstico favorable; esperad antes de formar juicio, mirad las cosas de más cerca, sed reservados.» «La afasia, añade en otro lugar, la hemiofia, la paresia de un miembro despues de haberse manifestado de un modo transitorio algunas veces, persisten definitivamente á consecuencia de un nuevo acceso.» «No debe uno aceptar, sin discusion, escribe aun el mismo autor, la idea justa para la inmensa mayoria de casos, de que el escotoma centelleante y los otros fenómenos que á menudo la acompañan son cosas de poca importancia. Bajo apariencias benignas puede ocultarse el principio de una afeccion grave; es preciso no dejarse engañar.» Dreyfus-Brisac, dice, «si pues lo más á menudo el síndrome no ofrece nada de verdaderamente inquietante, si ordinariamente las crisis se enrarecen progresivamente para desaparecer de una manera definitiva, no es sin alguna reserva que un pronóstico podrá ser formulado.» «En la jaqueca oftálmica, dice Féré, se trata siempre de una forma de jaqueca que deberá ser considerada como sospechosa, aun cuando se presente en su forma más simple. Puede suceder, en efecto, que la afeccion que se li-

mita de pronto á perturbaciones visuales (hemianopia, escotoma) seguidas de una cefalalgia localizada que se termina por vómitos, se acompañe poco á poco de otros fenómenos más ó ménos sérios que de pronto son fugaces como la jaqueca y despues se establecen en estado permanente.»

Así aunque Duwez afirmare en 1881 que el pronóstico no es grave y que jamás la *hemioopia temporal* ha ido seguida de amaurosis permanente, debemos aceptar con Charcot «que no hay un solo sintoma de la jaqueca oftálmica, que no pueda establecerse en estado permanente.»

Charcot, más que nadie, ha repetido la misma idea miles de veces, la que por justa é importante, merece tal predileccion. Pero otros, antes que él, habian ya notado la gravedad de la jaqueca en ciertos casos.

Viridet, citado por Tissot, refiere la observacion de una mujer, sujeta á la hemicránea, que habiendo dejado de tenerla, no veia mas que el contorno de los objetos, aunque sus ojos no ofrecian alteracion apreciable al exámen. Va escas de Tarento, habia observado que la hemicránea habia sido seguida algunas veces de ceguera. Tissot, dice, que como consecuencia de la jaqueca á veces se debilita la vista, y que fué consultado por una persona que la habia perdido del todo. Cita otro caso en que la vista se debilitó excesivamente. «Tambien se halla, añade Tissot (aunque no sé con qué grado de certeza), entre las observaciones de un médico aleman de principios de este siglo (xviii), la historia de una hemicránea tan violenta, que hizo perder el ojo del lado correspondiente al dolor, y en fin, produjo en él un derrame de sangre tan excesivo que lo hizo saltar de las órbitas.»

Muchas otras observaciones se han publicado de alteraciones oculares permanentes causadas por la jaqueca oftálmica. Voy á renglon seguido á mencionar las más importantes.

Meyer refiere, que uno de sus enfermos está atacado hace muchos años de *escotoma centelleante*, gozando de buena salud, fuera de los fenómenos periódicos de la jaqueca oftálmica y sin ninguno de los síntomas accesorios como afasia y parálisis. Desde hace poco, la fuerza visual del ojo izquierdo ha disminuido; se comprueba al oftalmoscopio una neuritis óptica. Existe además dificultad de hablar y una debilidad marcada de la pierna derecha.

Galezowski ha referido cuatro casos de alteracion ocular permanente consecutiva á la jaqueca oftálmica, en la que ha podido encontrarse una alteracion anátomo patológica causal de la ceguera ó ambliopia. Se trataba de trombosis de los vasos retinianos. Galezowski, en 1877, decia que la ja-

queca oftálmica no ofrecia gravedad alguna; pero tan pronto como la experiencia le ha demostrado lo contrario se ha apresurado á hacerlo constar. «Todas las neurosis, escribe Galezowski en 1881, llevan en ellas mismas el gérmen de lesiones materiales, como lo decia muy justamente el doctor Charcot, y una enfermedad nerviosa en apariencia, puede hacerse de un momento á otro, una enfermedad orgánica. La jaqueca oftálmica es una nueva prueba de la verdad de este aseito, porque sobre el número total es muy considerable el que he hallado; 2 casos de trombosis de los vasos retinianos, un caso de trombosis con ruptura de los vasos y un caso de atrofia parcial de una papila óptica que estoy igualmente dispuesto á referir á la trombosis de los vasos ópticos cerebrales »

Hé aquí un resúmen de estas observaciones.

Obs. I. *Jaqueca oftálmica, trombosis de la arteria central de la retina.*—Hombre de 67 años, fué á consultar á Galezowski en 1.º de Febrero de 1881 por pérdida súbita de la vision del ojo derecho que le habia sobrevenido cinco dias antes. Contó que desde más de 20 años sufría de perturbaciones visuales periódicas en el ojo derecho: esta perturbacion presentábase bajo la forma de hemiopia ó de escotoma con relámpagos en zic-zac, que no duraba mas que algunos minutos. Despues venia un dolor de cabeza muy violento en la mitad de ella. Dos horas despues todos estos fenómenos desaparecian. Estas crisis se renovaban cada mes, cada semana y á veces muchos dias seguidos. La última crisis habia ido seguida de ceguera permanente. Al exámen oftalmoscópico, comprobamos una trombosis de la arteria central de la retina derecha, con algunas manchas hemorrágicas. El ojo enfermo no ve nada, si no es un poco de luz en el campo visual externo. La papila es blanca, lijeramente infiltrada en su mitad interna; las arterias son filiformes; algunas ligeras infiltraciones blanquecinas se perciben á lo largo de la rama témporo-frontal. Comprimiendo el ojo se provoca, sin embargo, fácilmente la pulsacion en la porcion central de la arteria. El exámen, hecho por el médico de la familia y por Galezowski, no ha podido hacer descubrir la menor alteracion de la válvula.

Obs. II. *Trombosis de la arteria central de la retina á consecuencia de accesos repetidos de jaqueca oftálmica.*—Jovencita de 15 años, sujeta desde 7 á 8 años á jaquecas oftálmicas. Así muy á menudo y sin causa conocida se veia afectada de un dolor de cabeza precedido ó seguido de una perturbacion en la vista de un ojo ó de ambos ojos. Esta perturbacion iba acompañada de deslumbramientos, de relámpa-

gos en forma de lluvia de fuego ó de zic-zacs. En ciertos momentos tambien la vista estaba totalmente perdida durante 10 ó 15 minutos y volvia en seguida sin dejar perturbacion ninguna. Durante el último año las perturbaciones visuales se habian vuelto tan frecuentes, que no pasaba dia sin que ella las sintiese con más ó ménos violencia y casi siempre en el mismo ojo izquierdo. Pero hay un hecho cierto, y es que una vez la crisis habia pasado, no quedaba ninguna señal de perturbacion en la vista, y la enferma podia trabajar, leer y escribir sin la menor dificultad. En 23 de Diciembre de 1880 la enferma ha tenido su crisis de jaqueca con deslumbramientos y una perturbacion de la vista. Pero algunos minutos despues no ha visto nada con el ojo izquierdo; habia en éste una ceguera absoluta. Al exámen de los ojos se comprobó una trombosis de la arteria central de la retina. El padre de esta chica estaba sujeto á ataques de jaqueca vulgar desde su más tierna infancia. Mauricio Raynaud, en este caso no notó nada en el corazon ni en ningun otro órgano, de modo, que hizo el diagnóstico de *trombosis autóctona*, trombosis desarrollada *in situ*.

Obs. III. *Jaqueca oftálmica con atrofia consecutiva de la púpila izquierda*.—Señora de 29 años. En su juventud ha tenido crisis nerviosas, pero habian últimamente completamente pasado. A consecuencia de un último parto hace cuatro años, ha empezado á tener cefalalgias muy violentas. Al mismo tiempo sobrevenia una perturbacion pasajera de la vista; los dos ojos se llenaban de lágrimas y luego sobrevenia una niebla que duraba media hora é iba seguida de una cefalalgia de 1 á 2 horas con náuseas y vómitos. Durante el período de la niebla el enfermo veía constantemente zic-zacs muy luminosos y de diferentes colores. La niebla ocupa siempre los dos ojos, no ve jamás los objetos por mitad pero está estorbada constantemente por un escotoma negro que se coloca sobre los objetos, que mira al lado del punto de fijacion. Debe notarse que desde 4 años acá no ha cesado jamás de ver zic-zacs y pajuelas luminosas, que bailan siempre delante de su ojo derecho hasta en el intervalo de las crisis. A veces es una placa redonda, dentada, del diámetro de un céntimo, que se mueve delante del ojo. Hace un año que siente, al mismo tiempo que los ataques de jaqueca, dolores en la pierna y brazo derecho. Otras veces ha sentido dolores en el brazo izquierdo. La acuidad visual del ojo derecho es normal pero con el izquierdo ve apenas los caracteres del n.º 5. El campo visual está disminuido concéntricamente para los colores en el ojo izquierdo; tambien lo está para la percepcion de los objetos. La púpila es blanca y á

izquierda los vasos están disminuidos de volúmen. Evidentemente se trata en este caso de una atrofia semejante á la que se observa en las trombosis centrales, y que por consiguiente ha debido producirse en el centro óptico izquierdo.

Obs. IV Jaqueca oftálmica; neuro-retinitis con *trombosis capilar*. Señora de 52 años. Hace 4 años tuvo un ataque de jaqueca oftálmica. No veía el lado izquierdo de los objetos ni de la cara de las personas que miraba. Vértigo. Fenómenos luminosos en zic-zac.

Las jaquecas con vértigos fueron muy frecuentes, pero en cuanto á las perturbaciones oculares no venían más que dos ó tres veces por año y siempre con hemiopia. Hace tres años tuvo amnesia de las palabras durante el ataque de jaqueca. Este fenómeno se ha reproducido dos veces. No siente nunca nada en los brazos ni en las piernas.

Cuando consultó á Galezowski habían cesado sus reglas hácia 15 meses. Tres días atrás había sufrido un ataque de jaqueca oftálmica y le quedó despues de él la vista turbia á izquierda.

En el año anterior un oculista le había comprobado una hemorragia retiniana. Galezowski notó en esta crisis posterior el ojo derecho sano, pero en el izquierdo había una neuro-retinitis izquierda con trombosis de algunos capilares y pequeñas hemorragias. Todo hace creer, según Galezowski, que se trata aquí de una trombosis causada por contracción frecuente de los vasos retinianos, y que estos vasos bajo la influencia de la disposición congestiva de la menopausia, han debido sufrir obliteraciones capilares.

«En resúmen, concluye diciendo Galezowski, se desprende de las 4 observaciones precitadas, que la jaqueca oftálmica que hemos mirado como una afección puramente nerviosa, puede, aunque excepcionalmente, dar lugar á alteraciones materiales de los vasos retinianos ó cerebrales.»

Ya hemos extractado anteriormente una observación de Lépine en que la hemiopia quedó permanente.

El escotoma puede quedar también permanente ya solo, ya asociado á otras perturbaciones, como lo prueba el hecho siguiente observado por Fournier, Galezowski y Charcot. «M. Andr. de Tiflis, de 55 años (16 Julio 1880) tiene un hermano y una hermana atacados de jaqueca (no se sabe si va acompañada de escotoma). Es nervioso y ha sido afecto de jaqueca á consecuencia de grandes trabajos, con grandes preocupaciones morales. Ha tenido un chancro seguido de males de garganta, y una erupción cutánea en 1871 y ha sido medicado convenientemente. Tiene desde largo tiempo un escotoma central del ojo derecho, escotoma que es perma-

nente, considerado y tratado sin éxito como sifilítico, en Viena, por Arlt y Sigmund. Hace 6 años compareció una jaqueca oftálmica con escotoma centelleante del ojo izquierdo y dolor frontal y occipital, sin náuseas ni vómitos. A consecuencia de estos accesos que se han repetido á menudo, sobreviene bien pronto un escotoma no central del ojo derecho. Los accesos se reprodujeron, y á consecuencia de uno de ellos compareció un entorpecimiento del índice de la mano derecha, que como el escotoma del ojo izquierdo, persiste sin modificación desde muchos meses. No hay afasia. Este escotoma, muy luminoso, sin color, va á menudo acompañado de hemiopia derecha.

Debe notarse un hecho, además de la persistencia del escotoma del ojo izquierdo, y es que este último no va acompañado de signos estetoscópicos, mientras que el escotoma del ojo derecho, considerado como sifilítico, está marcado por una placa de exudado.»

En el artículo dedicado á la Jaqueca en la Enciclopedia francesa (1), se manifiesta que la Jaqueca puede llegar á hacer perder la vista. «Esto he visto suceder, añade el articulista, á una señora que habiendo recibido duchas sobre el lado de la cabeza que estaba afectada fue aliviada de sus dolores, pero estos se hicieron sentir durante un año con extremada violencia en el fondo del ojo, sin el menor momento de reposo, hasta que por fin la enferma perdió el uso de este ojo.»

En los dos siguientes casos de Charcot, se ve que lo que ha quedado permanente ha sido la afasia.

«M. de K., 50 años, negociante en Rotterdam, ha sufrido hace 15 años de cólicos nefríticos, para curar los que pasó una estacion en Carlsbad. Desde esta época su orina ha presentado muy frecuentemente depósitos úricos. Hace aproximadamente cinco años, que comenzó á sentir jaquecas, cuyos accesos se hicieron cada vez más frecuentes, hasta el punto de comparecer dos veces por semana. El acceso muy violento duraba 24 horas. El dolor era sobre todo intenso en las regiones orbitarias y frontal izquierda, pero se extendía á toda la cabeza. Al mismo tiempo el ojo izquierdo era el asiento de un escotoma con sensacion de anillos luminosos, algunas veces con hemiopia temporaria y entorpecimiento en la mano derecha.

»A estos síntomas vino á juntarse la afasia. Esta de pronto, limitada á la duracion del acceso, no tardó en persistir du-

(1) *Encyclopédie ou dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des metiers*, t. X, 1765.

rante los intervalos, y desde hace dos años, es permanente. Ha consistido de pronto en la dificultad y lentitud de la articulación de las palabras, enseguida en la dificultad de encontrar estas palabras y en el olvido de las formas gramaticales. El enfermo en sus mejores días habla lentamente y habla como los negros. A lo más esta dificultad es menor para su lengua materna, que para las distintas lenguas extranjeras, que posee muy bien. Esta dificultad aumenta durante los accesos de jaqueca.

»En la primavera de 1880, ha estado sometido al tratamiento por el bromuro de potasio á altas dosis, la hidroterapia y la electricidad extática.

»Bajo esta influencia, la jaqueca que por otra parte habia ya disminuido de frecuencia, ha desaparecido completamente. Queda tan solo muy de tarde en tarde, cuando comete el enfermo alguna grave falta de higiene, una cefalalgia gravativa frontal y occipital con un poco de vértigo. En cuanto á la afasia que habia parecido enmendarse al principio del tratamiento, ha quedado definitivamente sin cambiar. Un coito intempestivo, ha sido, al parecer, la causa de una recaída en lo que á la afasia se refiere.

»En fin, debe mencionarse que durante el curso del tratamiento, el enfermo ha presentado por primera vez un eczema secretante y enseguida una erupcion de forúnculos voluminosos.»

Hé aquí la otra observacion.

«He sido llamado, dice Charcot, á Alvimar, cerca de Yvétot, el 25 de Enero de 1881, por el Dr. Justin d' Elbeuf para ver á Mme. A. X.....

»Esta señora ha sufrido durante largo tiempo, casi toda su vida, de jaquecas intensas y muy penosas, terminadas por vómitos. La jaqueca se acusaba por un clavo tan pronto encima del ojo derecho, ya hácia la sien, ya encima del ojo izquierdo. No ha podido decirnos, estando actualmente *afásica*, si en sus accesos existian perturbaciones de la vision, escotoma centelleante ó hemiopia. Todo lo que hemos dicho anteriormente se funda en el relato de la criada que la cuida desde largo tiempo; se nos asegura que desde algunos años, sus jaquecas se habian atenuado notablemente.

»Hacia Navidad (1880) la enferma sintió un dolor de cabeza parecido á sus jaquecas habituales; solamente que esta vez tuvo entorpecimiento de algunos dedos de la mano derecha, imposibilidad de ver el fin de las líneas (¿ha habido círculo luminoso?) y en fin dificultad en encontrar las palabras, en escribir. Este estado empeoró notablemente, bien que, los dolores de cabeza hubiesen cesado, sin ir seguidos

esta vez de vómitos. El entorpecimiento de la mano derecha ha cesado; pero la afasia y la agrafia se han acentuado hasta el punto que la enferma no sabe decir más que «si» y «no» y aún no siempre de un modo apropiado. Cuando se le manda escribir un nombre, escribe «fer» y siempre «fer» cualquiera que sea el nombre que se le ordene trazar. Se le escribe su nombre «A. C.» de pronto en caracteres ingleses; luego en caracteres romanos; quiere copiarlo, pero escribe «fer» «fer.»

«Actualmente esta afasia dura desde un mes. No hay ni ha habido parálisis de los miembros; pero me parece evidente que la boca está desviada á la izquierda, la lengua inclinada á la derecha; los pliegues verticales del labio superior están borrados á derecha y conservados á izquierda; hay, pues, un poco de parálisis facial. Es imposible determinar si hay actualmente hemiopia. Por otra parte, la enferma está despejada, es muy viva, se impacienta, atina en todo, conoce las horas y los días y hace los honores de la casa. En suma, todo lo que es automático y es hecho sin notarlo la misma enferma, se hace bien, pero aquello que exige la intervencion de la voluntad, se hace mal. No hay vértigos, no hay perturbaciones del lado del estómago; nada en el corazon.

»La enferma ha sido vista de nuevo en 15 de Abril de 1881: continuaba afásica, pero poseia un vocabulario más extenso y podia confirmar los datos que se han dado precedentemente.»

Las perturbaciones del movimiento y de la sensibilidad pueden persistir como se ve en una observacion de Féré que he publicado anteriormente.

En dos casos probablemente de jaqueca oftálmica observados por Deval (1) quedó permanente una parálisis del tercer par. Hé aquí textualmente las palabras del autor. «Obs. V. Señora Vaganey (4 Diciembre de 1845) afligida de una parálisis del lado derecho, estaba sujeta desde largo tiempo á cefalalgias y á zumbidos de oídos, Percibia frecuentemente centellas, hasta en la oscuridad de la noche. Obs. VI. Perrey (1.º de Octubre) que llevaba en la fosa suboccipital un cauterio que se le habia prescrito para dominar accidentes de la misma naturaleza. Cuando compareció en él la parálisis del tercer par izquierdo, existia perturbaciones de la lengua desde cuatro dias.»

En otros casos no se contenta la jaqueca oftálmica con

(1) Charles Deval. *Observations cliniques sur la paralysie des troisième et sixième paires cérébrales.* (Annales d'oculistique. T. XXIII, 1850 p. 159).

dejar permanente uno de sus síntomas, sino que puede ser el punto de partida de una afección grave como la parálisis general ó la tabes dorsal.

Raulet, después de publicar ejemplos de ambos modos de terminar, concluye diciendo:

«Si la jaqueca oftálmica presenta fenómenos transitorios, las perturbaciones que engendra pueden establecerse en estado permanente y constituir así una enfermedad bastante grave: se puede también observarla entre los *accidentes prodrómicos* de la parálisis general progresiva y de la ataxia locomotriz. El pronóstico debe ser reservado, porque bajo apariencias benignas puede ocultarse el principio de una afección inexorable.»

Charcot dice que es una combinación poco común el figurar la jaqueca oftálmica entre los accidentes prodrómicos congestivos de la parálisis general progresiva. Esta combinación no había sido notada según él por los autores. El la había encontrado tres ó cuatro veces, cuando daba en el año pasado una lección clínica sobre este asunto. Posteriormente la ha observado más veces.

Refiere el mismo autor, el caso de M. L. catedrático de Historia, que fué á Francia á estudiar derecho, y cuya edad es de 35 años. «Ofrece actualmente, decía Charcot, embarazo especial de la palabra, que es casi ininteligible, temblor fibrilar de la lengua; temblor especial de las manos, conjunto de fenómenos morales é intelectuales que pueden agruparse bajo la rúbrica de demencia paralítica. Nada más clásico que este caso, hoy que se sabe que existe una forma de parálisis general en que el delirio ambicioso no figura, designada bajo el nombre de forma paralítica ó de parálisis general sin alienación. Pero el punto sobre el que quiero llamar vuestra atención, es que en él la mayor parte de estos accesos han sido precedidos por un conjunto sintomático que se caracteriza habitualmente bajo el nombre de jaqueca oftálmica. Los fenómenos se han presentado en los primeros accesos, de tal modo, que se hubiera podido considerándolos al estado de aislamiento, como perteneciendo á una afección muy á menudo benigna, mientras que se trataba como las consecuencias lo han mostrado, de los comienzos de una afección inexorable..... Ved aquí la historia de M. L. resúmda; desde hace dos años es irritable, meticuloso; sin embargo, en el mes de Julio último, ha podido pasar con éxito su exámen de derecho en la Facultad de Paris. Las primeras perturbaciones que han llamado la atención remontan al mes de Setiembre de 1881. Ha tenido entónces un primer ataque, acceso de jaqueca oftálmica, con escotoma centelleante y debilidad de

la vista del lado derecho, acompañados de embarazo de la palabra, de paresia y de entorpecimiento del miembro superior derecho. Ha quedado perturbado durante ocho días, después todo ha vuelto al orden.—Ocho días después, ha tenido un segundo *ataque*, con pérdida de conocimiento, con embarazo de la palabra. La inteligencia queda obtusa durante 24 horas: parece reponerse completamente en apariencia; pero está nervioso, irritado, puede sin embargo volver al trabajo.—En el mes de Febrero de 1882, ha tenido un *tercer ataque* con los mismos síntomas de jaqueca, pero además hay esta vez sacudidas convulsivas de carácter epileptiforme; con pérdida de conocimiento.

«Esto ha durado dos horas, lo que parece indicar que ha habido allí una serie de ataques que han presentado esta particularidad, que las sacudidas predominaban á derecha. A consecuencia de este ataque, el embarazo de la palabra ha subsistido.—Ocho días más tarde, ha tenido un *cuarto ataque* del mismo género, con recrudescencia del embarazo de la palabra y debilidad del brazo derecho.—En fin, en 5 de Mayo, tiene un *quinto ataque* con paresia del brazo derecho, seguido al día siguiente de una paresia del miembro inferior derecho. Durante los cinco ó seis días que han seguido, no podía decir otra cosa que «á cause que».

El brazo derecho ha quedado paralizado durante un mes. Es, sobre todo, á partir de este momento que el nivel intelectual baja; se ha vuelto muy niño en cuanto á carácter: es docil pero muy movible; llora y ríe con la mayor facilidad. No puede escribir nada de su propia cosecha, pero copia sin embargo una página con una letra temblona. La memoria está tan debilitada como el juicio y la voluntad. Tiene de tiempo en tiempo el escotoma centelleante. Lo veis avanzar con una marcha titubeante; sus manos tiemblan; tiembla también su lengua: su palabra es casi ininteligible; su fisonomía es característica; la mirada apagada, los párpados semicerrados, la pupila derecha más dilatada que la izquierda, no reacciona más que debilmente á la excitación luminosa.»

En un caso de Parinaud también la jaqueca oftálmica fué el primer síntoma de una parálisis general. El enfermo después de dos primeras crisis, pasó un año sin tener nuevos ataques, pero durante dicho intervalo se produjo en su estado un gran cambio, del que él tiene conciencia. Dejemos hablar á Parinaud: «su palabra se hace difícil, pierde la memoria. Olvida el nombre de las calles, de modo que no hubiera podido continuar su profesión de cochero sin la ayuda su criado de á pié, que le recordaba las direcciones. Entró

en la visita de Millard donde se hizo el diagnóstico de paquimeningitis crónica. En 23 de Junio de 1882 tuvo una nueva crisis. La ambliopia transitoria y el entorpecimiento de los miembros han conservado los mismos caracteres, aunque con algunas modificaciones en su localización. Los accidentes han aun principiado por el lado derecho, donde han quedado predominantes; pero el entorpecimiento ha también invadido el miembro inferior izquierdo y la perturbación de la vista se ha generalizado á todo el campo visual. La crisis ha sido ménos larga que las dos primeras; no ha durado más que diez minutos. En 31 de Julio no compruebo ninguna lesión ocular. Las pupilas en particular son iguales y reaccionan bien; la acuidad visual es normal.»

Aunque algunos autores, entre ellos Tardieu y Dianoux afirman categóricamente que esta afección jamás compromete la vida, Feré ha relatado un hecho, en que indudablemente la jaqueca oftálmica ha sido causa de una terminación funesta. Hé aquí un extracto de este caso: «M. X., 53 años, abogado; no hay antecedentes de gota; su padre tuvo jaquecas no oftálmicas. No ha tenido ninguna otra afección que una fiebre mucosa en su juventud.

«Está sujeto desde su infancia á jaquecas que se repetían casi regularmente cada 8 días y que iban seguidas de vómitos muy abundantes.

»Sufria de constipaciones habituales y acudía frecuentemente á las lavativas. Se casó á los 25 años, y á esta época ya tenía con sus jaquecas perturbaciones de la palabra. Se veía obligado á detenerse, y decía: «no sé hablar,» ó le faltaba una palabra, ó economizaba una sílaba.

»La jaqueca se presentaba con caracteres casi constantes. Principiaba por perturbaciones de la visión; veía zíc-zacs, ya luminosos, ya sombríos, siempre animados de una rápida tremulación. Esta sensación empezaba á veces un día antes del comienzo del dolor de cabeza. La cefalalgia duraba una parte del día y acababa por determinar vómitos biliosos abundantes.

»A pesar de estos accidentes, M. X. continuaba trabajando en exceso, tanto más cuanto que su reputación cada día era mayor; apenas se concedía el tiempo de comer. Su salud general se mantuvo bastante satisfactoria hasta en 1881, en cuyo año sufrió de un estado neurasténico bastante acentuado; tenía cefalea continua, trabajaba con más pena, digería mal. Este estado duró muchos meses, después desapareció bruscamente á consecuencia de una violenta jaqueca que duró dos días, á principios de Diciembre de 1881.

»A partir de esta época sus jaquecas han disminuido en

número y jamás han ido seguidas de vómitos. A principios de Octubre de 1882, á consecuencia de un malestar poco determinado, sintió un entorpecimiento en la mano derecha. En 4 de Octubre su médico comprobó una semi-parálisis de los músculos del pulgar, índice y medio, con conservacion de la sensibilidad. Al mismo tiempo, embarazo de la palabra: pupilas igualmente dilatadas; cefalalgia frontal. La parálisis y la afonia pasaron de modo que pudo perorar á fines de Noviembre. En este tiempo hay entorpecimiento de todos los dedos de la mano derecha. En 28 de Diciembre despues de haber visto sus zic-zacs, perdió la palabra, que quedó definitivamente entorpecida.

»A principios de Enero de 1883 fué á Paris á consultar á Charcot. Llegó á aquella ciudad en 5 de Enero, relativamente en buen estado pero al dia siguiente paseándose por la calle con un amigo, se quejó de deslumbramientos, reaparecieron los zic-zacs, y el dolor de cabeza, siempre persistente en la protuberancia frontal izquierda, aumentó y se extendió á los dos lados de la cabeza. Durante la noche, encontró una dificultad para hablar mayor de la ordinaria. Sensacion de picoteo en el lado izquierdo de la boca y un poco en la extremidad de los dedos de la mano izquierda.

»A las 10 sobrevino un ataque de sofocacion, por lo que Feré fué llamado para asistirle, quien mandó que le pusieran un vejigatorio en la nuca, y le dieran un enema purgante.

»Al dia siguiente quedaban permanentes algunas perturbaciones oculares, sensitivas y de la palabra, por lo que Charcot, que fué á verlo, recetó un vaso de agua de Hunyadi-Janos y una cucharadita de elixir polibromurado de Ivon por la mañana y otra por la tarde. Durante el dia 8, 9, 10 y 11 tuvo algunas perturbaciones del mismo carácter que las ya citadas, sobre las que pasaré por alto, porque no quiero hacer interminable esta monografia. En el dia 12 la afasia aumentó; el dolor de cabeza era muy intenso; continuaba con el escotoma centelleante. Al mediodía pierde del todo la palabra y durante algun tiempo el conocimiento. Feré que lo oyó dos horas despues del accidente lo encontró con los extremos frios, dejando escapar sonidos ininteligibles y con una palidez extremada. Durante la noche tuvo un ataque convulsivo que se repitió á la mañana siguiente. Al mediodia (13 Enero) volvió á perder el conocimiento. A las tres, lo vieron Charcot y Feré y lo hallaron con la cara y los ojos ligeramente desviados á la derecha. La mano y antebrazo derechos fuertemente doblados y la pierna del mismo lado rígida en la extension. Los dos miembros izquierdos están en una resolucion completa. El enfermo parece estar completamente in-

sensible. No se puede lograr meterle una cucharada en la boca, tanto es lo que tiene apretados los dientes.

»Esta parálisis á izquierda y esta contractura á derecha fueron transitorias, pero durante la noche se repitió el ataque, durante el que el enfermo murió».

En Wollaston, que habia tenido jaqueca oftálmica, cuando murió, se halló un tumor en un tálamo óptico, lo que podría hacer creer que la primera habia sido causada por el segundo. Así lo creía Brodie (1) pues escribía: «Su muerte (la de Wollaston) fué determinada por un tumor del cerebro, que despues de haber adquirido una cierta dimension habia hecho salida en los ventriculos donde habia ocasionado un derrame; de esto habia resultado una parálisis de la mitad del cuerpo. Una cosa debe notarse, y es que, ciertos síntomas (se refiere Brodie á la hemiopia) que habia notado él mismo y sobre la causa de los que tenia la costumbre de hacer conjeturas, prueban que esta enfermedad orgánica habia debido existir en un período muy poco adelantado de su vida». Pero no es probable que un tumor cerebral hubiera existido desde la juventud á la vejez de Wollaston sin dar otros síntomas que una hemiopia transitoria. Por otra parte, esta se hubiera presentado en el mismo lado, y en Wollaston, los dos únicos ataques que tuvo, se localizaron cada uno en lado distinto. Lo probable es que la jaqueca fuese independiente del tumor. En caso contrario, no deberiamos considerar á dicha jaqueca como á tal, sino como á una *falsa jaqueca*.

En efecto, débense distinguir cuidadosamente las consecuencias graves de las jaquecas, de las jaquecas sintomáticas de afecciones graves. En el primer caso la jaqueca por su sola influencia constituirá la afeccion grave, mientras que en el 2.º la afeccion grave es la que produce la jaqueca, siendo ésta tan sólo un síntoma de aquella. Esta última clase de jaquecas es la que he designado con el nombre de *falsas jaquecas*, porque de tal tiene tan solo la apariencia. Ejemplo de ella fuera el caso de Wollaston si la hemiopia hubiera sido producida por el tumor cerebral, lo que como hemos demostrado es muy poco probable. Acerca de la terminacion grave de estas *falsas jaquecas* no quiero decir nada, porque depende de la afeccion causal, lo que no tiene nada de raro, ni de instructivo; pero sí que me extenderé más largamente acerca de los malos resultados de las jaquecas oftálmicas propiamente dichas, ya porque hasta hace poco raros autores hablaban de ellos, ya para ver si podemos establecer una teoría que los explique. Por de pronto, encontramos al-

(1) Brodie's. *Psychological Inquiries*. Part. 1, p. 123; London, 1854.

gunos casos, que no sé si colocar en la categoría de las falsas jaquecas ó en el de las jaquecas verdaderas. Me refiero á los hechos que han ido á parar á la parálisis general y á la ataxia locomotriz. ¿Fueron la parálisis general ó la tabes causa de la jaqueca ó ésta la causa de aquellas? En cuanto á determinar esto, debo decir que prefiero ser reservado, no dejándome llevar por la imaginacion y confiando al porvenir la resolucion de este problema.

En cuanto á la explicacion de la permanencia de ciertos síntomas de la jaqueca, debo manifestar que no deja de haber muchos precedentes de afecciones puramente neuróticas que han producido fenómenos graves. Voisin (1) menciona muchos casos de esto. Yo he visto una gastralgia terminar por peritonitis. Como procuraré demostrar despues, la jaqueca tiene en el primer momento un período de espasmo vascular. Si este espasmo se repite á menudo, ó es muy intenso ó muy duradero puede dar nacimiento á coagulaciones de la sangre cuyo curso está entorpecido, ó á defecto de nutricion de las partes regadas por dichos vasos.

Así se explican muy bien los casos de trombósis referidos por Galezowski, los casos de permanencia de las alteraciones oculares ó de cualquier otro síntoma de la jaqueca, y el hecho de Charcot y Féré, que terminó por la muerte.

Esta explicacion es reproduccion de la que Galezowski y Féré dan de estos fenómenos: «El orden en que se han producido las perturbaciones observadas, dice Féré al comentar el caso terminado por la muerte, no contradice la opinion que hemos expresado sobre la fisiología patológica del *síndrome jaqueca oftálmica*. En la jaqueca existe una contriccion pasajera de los vasos bajo la influencia de una perturbacion del sistema nervioso simpático; poco á poco la contriccion se hace permanente y llega á la obliteracion casi completa de los vasos y determina una trombósis, de donde resulta la muerte de los tejidos comprendidos en el territorio vascular atacado». Galezowski explica tambien sus cuatro casos de trombósis ocular consecutiva á la jaqueca oftálmica, por la persistencia del espasmo de los vasos en un ataque de jaqueca más duradero ó más violento que los otros, en cuyo caso puede formarse un coágulo permanente.

La afeccion es á veces más seria por consideraciones distintas de las que hasta aquí me han ocupado. Una enferma citada por Dianoux se vé obligada á detenerse bruscamente allí donde se encuentra y á no moverse poco ni mucho, para no ser arrollada por los carruajés ó empujada por los tran-

(1) *Bull. géner de Thér.* 1876, 15 Janvier.

seúntes. A veces los accesos por su frecuencia (enfermo de Testelin, de 8 á 10 accesos por día) impiden dedicarse á ninguna ocupacion séria.

Después de todo lo dicho, no será permitido creer en la perfecta inocencia de la jaqueca oftálmica. El porvenir de ésta es siempre incierto.

Tratamiento.

El tratamiento es generalmente poco eficaz. Puede ser el de la epilepsia y el de la histeria, afecciones con las que tiene mucho parentesco. Es también el de la jaqueca vulgar, enfermedad con la que procuraré demostrar que hay absoluta identidad. Así creo indicado el empleo de la electricidad, que ha sido muy alabado por muchos autores en la jaqueca ordinaria y que por lo tanto puede ser muy útil en la oftálmica. Frammold (1), Freber (2), Eulenburg (3), Holst (4), Severi (5) Benedikt, Althaus y Rosenthal han publicado casos de éxito por la galvanización ó faradización del gran simpático. Ya en el siglo pasado el abate Bertholon aconsejaba el empleo de la electricidad para la curación de la jaqueca y citaba curaciones obtenidas por diversos prácticos, entre ellos Linneo y Lovet (6).

Onimus (7) dice, que ha empleado dos métodos de electrificación en la jaqueca, habiendo obtenido de ambos muy buenos resultados. El primero consiste en colocar los dos excitadores, uno á cada lado de la frente, con una corriente de ocho elementos á lo más y una duración de seis á diez minutos. El segundo consiste en electrizar el ganglio cervical superior. Para esto, se colocan los dos excitadores, uno á cada lado de la nuca, debajo y detrás de las apófisis mastoides. Es el último método, él que emplea más á menudo. Hammond dice lo siguiente: (8) «En la forma *Angio-espástica*, el galvanismo presta grandes servicios en el tratamiento del paroxismo. Debe aplicarse un polo al nivel del simpático cer-

(1) Frammold. *Die Migrane und ihre Heilung durch die Electricitat*, Pesth. 1868.

(2) Freber. *Compendium der Elektrotherapie* Wien. 1869.

(3) Eulenburg. *Ziemssen's Hand buch der speciellen Pathologie und Therapie*, t. XII, 1875, p. 28.

(4) Holst. *Dor peter medic. Zeitschrift*, t. II, 1871, p. 261.

(5) Severi. *Tratamiento de la hemicránea por la electricidad* (II Galvagni. Setiembre 1874).

(6) Bertholon. *De l'electricité du corps humain*. 1780, p. 309.

(7) Bonnefoy. *Guide pratique d'électrothérapie*. Paris, 1882.

(8) William A Hammond. *The treatment of Migraine*. Nev-York. *Medical Journal*. November 17, 1883.

vical, y el otro delante del plexo solar; la corriente debe ser suministrada por 15 elementos y debe ser aplicada durante dos ó tres minutos..... En la forma angio-paralítica es de igual eficacia para acortar el ataque».

Aunque el tratamiento es poco útil, tanto que ha sido calificado por Duwez de absolutamente nulo, han sido recomendados una infinidad de medios para la curación de esta afección.

Debemos tener en cuenta que no es lo mismo el tratamiento de la afección en general que el del ataque en particular, por lo que hablaremos de ellos por separado. Ambos los subdividiremos en tratamiento dietético y farmacológico.

Tratamiento del ataque. Dietético. Dice Duwez que la oclusión de los ojos, el sueño, la permanencia en la oscuridad y la posición declive de la cabeza, abrevian la duración de los ataques. El segundo ataque de Wollaston desapareció bruscamente al recibir agradables noticias. En lo más fuerte de un ataque Dianoux salió de la sala donde estaba, y cuando el aire frío del exterior le azotó bruscamente la cara, desapareció súbitamente el ataque. Raullet aconseja el uso de los espirituosos. Dianoux dice, que se puede ensayar la flagelación de la cara con una servilleta empapada de agua. Viura (en la obs. VIII de esta Memoria), dice que cansado de usar todos los medicamentos imaginables para curar esta afección (de los que no obtuvo alivio, si se exceptúa el bromuro potásico), se limita ahora á nutrirse bien, escogiendo alimentos de fácil digestión y desechando toda sustancia que pueda hacerla laboriosa.

Para evitar la venida del ataque, Raullet aconseja que se eviten los trabajos de espíritu, la fijación continua de los ojos sobre una obra cualquiera, sobre todo en ayunas é inmediatamente después de haber comido.

Farmacológico.—La paulinea es buena, pero solo, según Latham, en las jaquecas precedidas de prodromos manifiestos. Según el mismo autor, en el período de desórdenes sensoriales deben darse los estimulantes difusibles y el asa-fétida, y en el de la cefalalgia, el bromuro potásico y algunos casos un vomitivo. Sichel, hijo, aconseja las inyecciones hipodérmicas de morfina, pues son las únicas que procuran el sueño; mas según mis noticias y experiencia, no es muy brillante que digamos el papel de los opiáceos en la jaqueca.

Tratamiento radical de la afección. Dietético.—Galezowski recomienda la abstención de alimentos excitantes como el café, licores, vino blanco y especies de todas clases.

Farmacológico.—Latham aconseja los evacuantes, sobre todo los laxantes. Ha sido recomendada la cafeína, las duchas

frias (Galezowski), el bromhidrato de alcanfor y el bromhidrato de quinina (Galezowski). Este último autor dice que sólo desaparece del todo bajo la influencia de un régimen tónico y fortificante, v. g.: el uso de quina y ferruginosos. Bonnal ha referido un caso curado con baños de aire caliente. En un caso de Lépine se obtuvo mejoría manifiesta con la hidroterapia. En un hecho de Charcot la hidroterapia y la electrización extática hicieron desaparecer del todo y en poco tiempo los ataques de jaqueca, pero quedó sin mejorar la afasia consecutiva.

Lo mejor es, si puede descubrirse la causa, cumplir la indicación causal. Así es que, como Gauté afirma, el salicilato sódico es útil en la jaqueca oftálmica de los gotosos. Por lo mismo recomienda Raullet combatir con un tratamiento apropiado al estado nervioso, la anemia y la histeria, si es que existen en el paciente. Lo mismo debe decirse de la dispepsia que se halla tan á menudo. Si la causa es el paludismo, como Carroll ha indicado casos, deben usarse el arsénico y la quinina, que en manos de dicho autor han dado buenos resultados (1).

Pueden también ensayarse todos los medios aconsejados por los autores para la jaqueca común, aunque hablando con franqueza, son todos ó casi todos de una completa inutilidad.

LA JAQUECA OFTÁLMICA,

no es más que una modalidad de la jaqueca ordinaria.

¿Qué es la jaqueca oftálmica? Según Féré es una afección *autónoma*, una especie morbosa. Para mí es una variante de la jaqueca vulgar. Esto es lo que procuraré demostrar en los capítulos que siguen. Probaré en ellos que hay identidad completa entre ambas afecciones.

Por de pronto comenzaré haciendo notar, que lo poco que sabemos de la etiología de ambas coincide del todo. Las dos son producidas por las alteraciones gástricas, la gota, el reumatismo, el temperamento nervioso, las profesiones liberales y el cansancio cerebral. Gauté parece estar convencido, como yo, de la identidad de ambas jaquecas, cuando para demostrar que la jaqueca oftálmica es frecuente en los gotosos, además de apoyarse en cifras, hace notar que en ellos también lo es la *jaqueca común*.

(1) Alfred E. Carroll. *Note on the treatment of migraine. The New-York medical Journal*. November 17, 1883.

Sintomatología de la jaqueca comun.

En este capítulo procuraré hacer ver, que todos aquellos síntomas que Féré describe como accesorios á la jaqueca oftálmica, pero como propios y exclusivos de ésta, bastando para caracterizarla, también se hallan en la jaqueca no oftálmica.

Dreyfus-Brisac habla de estos casos y les da el valor que realmente tienen cuando dice: «Estas reservas están tanto más justificadas, cuanto que existen observaciones de crisis cefalálgicas de apariencia migrañosa, coexistiendo con perturbaciones análogas en la esfera motriz y sensitiva, y esto sin que el aparato de la vision se altere. «Formas frustas» se dirá, pero se abusa bastante de esta denominacion. Por otra parte, los fenómenos oculares, las parálisis del movimiento y de la sensibilidad, están probablemente, como veremos, bajo la dependencia de una causa comun, la anemia cerebral. ¿Por qué hacer gravitar, en cierto modo, todo el síndrome alrededor de los solos fenómenos oculares, que por ser frecuentes, no son seguramente los más inquietantes?»

Sin duda que por la naturaleza de la funcion visual, y por lo complicado de los síntomas oculares, estos en todo tiempo han llamado la atencion; pero ¿por qué se les ha de conceder un predominio sobre los otros síntomas, cuando todos ellos son debidos á una causa comun, la misma que produce la jaqueca vulgar?

Si demuestro que la jaqueca no oftálmica va acompañada á veces de síntomas como afasia, parálisis, anestesia, etc., se me deberá conceder que los tales no son ni pueden ser un elemento distintivo de la jaqueca oftálmica.

Voy, pues, á emprender esta tarea. No hablaré de la cefalalgia porque es comun á la inmensa mayoría de jaquecas.

En la jaqueca no oftálmica, como en la oftálmica, los síntomas accesorios preceden también á la cefalalgia. Así lo afirma Grasset cuando dice: «Todos estos fenómenos, más ó ménos estrepitosos y espantosos, presentan un carácter comun, y es que desaparecen con el ataque de hemicránea. Por otra parte, todas estas alteraciones graves únicamente se encuentran en las formas muy intensas».

Lebert ya habla de una forma de jaqueca que describe muy bien Liveing, en que hay perturbaciones sensitivas, motrices é intelectuales, sin que nunca haya perturbaciones visuales, aunque estas sean muy frecuentes en otros casos.

Síntomas del aparato cutáneo en la jaqueca no oftálmica.

Berger observó en un caso durante el ataque, efidrosis en el lado derecho de la cara. Hammond y Grisolle señalan al fin del ataque sudores profusos. Tissot dice que vió una señora, en quien el ataque terminaba por sudores abundantísimos en antebrazos y manos. Según él, las jaquecas acaban á veces con un sudor general. Una señora con hemicránea, asegura el mismo autor, que tenía sudores muy fuertes en el lado derecho de la cara, y en muchos casos granos en la misma parte, mientras que en el otro lado no tenía nada.

Modificaciones de los aparatos del gusto y del olfato en la jaqueca no oftálmica.

Grisolle menciona la hiperestesia olfatoria, de modo que hay pacientes que no soportan el olor más leve. Saundby habla de la pérdida del gusto y del olfato, y Hammond, del gusto desagradable en la boca. Tissot cita el caso de un enfermo que antes del ataque tenía aversión al tabaco. El mismo, refiere un hecho en que el ataque acababa por un flujo abundante de serosidad por la fosa nasal correspondiente al dolor. El mismo autor afirma, que en muchos jóvenes acaba el ataque por epistaxis. Este síntoma fué observado en cada ataque en un caso de Roché. Dujardin-Beaumetz cita la perversion del olfato (aumento ó abolicion).

Alteraciones digestivas en la jaqueca no oftálmica.

No hablaré de los vómitos por ser un síntoma comun á casi todas las jaquecas, aunque Tissot dice que no son más constantes que los demás síntomas.

Tissot habla de calambres del estómago. Vulpian menciona la hipersecrecion biliar al fin del acceso, y Hammond, un flujo diarreico en igual momento. Willis observó un caso en que antes del dolor existia un hambre canina. Tissot dice que un sabio inglés, antes del dolor hemicráneo tenia eructos ácidos muy incómodos. Vulpian dice que á veces hay hipersecrecion salivar al fin del acceso. Vander Zinder refiere un caso en que habia una salivacion clara y abundante que duraba tanto como los dolores. Berger ha relatado algunos casos en que existia dicha salivacion (1). El sujeto de la 3.^a ob-

(1) O. Berger. — *Zur Pathogenese der Hemicranie.* (*Virchow's Archiv.* LIX, p. 315. *Anal. in Centralblatt,* 1874, p. 488).

servacion, sacaba en cada acceso aproximadamente dos litros de saliva filamentosa. Tenia lugar esta salivacion durante el ataque, y Berger la atribuia á una excitacion de las fibras secretorias dadas por el simpático cervical á las glándulas salivares.

Alteraciones urinarias en la jaqueca no oftálmica.

Vulpian, Grisolle y Hammond, señalan al fin del acceso el aumento de la secrecion urinaria. Tissot dice que á veces hay disuria.

Perturbaciones respiratorias y circulatorias.

Fuera muy largo tratar de las alteraciones del pulso, pues todos los autores hablan de ellas. Tissot señala la existencia del asma durante el ataque. En otro punto refiere el hecho de un hombre que tenia en sustitucion de los ataques de jaqueca, accesos espasmódicos de sofocacion. Dice el mismo escritor, que una señora de Lyon vió sustituidos sus ataques de jaqueca por accesos de asma convulsiva, cuyos paroxismos eran muy fuertes. Vulpian escribe que despues del ataque de jaqueca hay tendencia al catarro traqueo-brónquico, y que la repeticion de este catarro puede llegar á dar enfisema.

Sueño y coma en la jaqueca no oftálmica.

Es propio de casi todas las jaquecas el terminar por sueño, pero no debo aquí hablar de éste, sino del que comparece antes de la hemicránea ó en sustitucion de ésta, y que no es un fenómeno terminal del ataque, sino constitutivo del mismo. Liveing es quien más extensamente ha hablado de este sueño. Segun él, es un sopor que debe distinguirse del sueño reparador que termina el ataque; es bastante raro; lo denomina *drowsiness*, y dice que comparece ya antes, ya durante la hemicránea. En mi observacion IV la sustituye del todo. Ya el observador Tissot habia notado este sueño, pues dice «que á veces el sueño no es feliz, de modo que cuanto más duermen, peores se ponen los enfermos, de modo que solo cuando despiertan es cuando empieza á disminuir el mal». Grisolle habla tambien de esta tendencia al sueño.

Alteraciones de la inteligencia.

Saundby habla de la confusion de ideas, de aturdimien-

tos, y de incapacidad intelectual: Grisolle, de desvanecimientos, de ideas confusas y de memoria infiel; Liveing, de incoordinación del pensamiento, de miedo excesivo, de amnesia, disipándose cuando comparece el dolor; Gubler y Bordier, de perturbaciones de la inteligencia. Axenfeld dice que las perturbaciones psíquicas son bastante frecuentes, que la memoria puede estar disminuida, la vivacidad de la inteligencia ser menor y las respuestas ser algunas veces ininteligibles. «Se puede observar, añade, una verdadera incoordinación del pensamiento, un olvido completo de las palabras ó amnesia verbal y hasta una verdadera afasia.»

Poincaré dice que hay incapacidad intelectual desde el principio de la crisis; el enfermo no tiene ideas, ó solo puede coordinarlas á costa de esfuerzos inmensos; en el segundo período el trabajo intelectual no es imposible, pero fatiga.

Vértigos.

Huglings-Jakson ha hallado en 63 casos de jaqueca 11 veces vértigos y aturdimientos. Segun Liveing á veces el vértigo reemplaza totalmente á todos los demás síntomas. Este autor ha dado una completa descripción de las sensaciones vertiginosas de los migrañosos. Tardieu señala como prodromos del ataque á una sensación especial análoga al vahido. Wepfer habla de un hombre que desde su infancia habia estado padeciendo vértigos diarios, algunas veces muy fuertes, y que habiéndose curado de ellos fué atacado de hemicránea. Bordeu (1), Piorry (2), Saundby y Jaccoud, hablan tambien de los vértigos. Henri Huchard dice que los migrañosos «á menudo tienen vértigo, ven rodar los objetos, se imaginan estar suspendidos en el aire, temen siempre perder el equilibrio, etc.» En los gotosos, como ya lo hacia notar Trouseau, se ve muy frecuentemente la jaqueca estar constituida en la mayoría de los ataques, únicamente por el vértigo, constituyendo este por si solo una *forma abortada* del acceso. El vértigo en la jaqueca no es siempre debido á igual causa, ni tiene por lo tanto la misma significacion. Si acompaña á las náuseas y vómitos, no presenta nada de especial; empieza y acaba con estas perturbaciones digestivas, que no ejercen, en cambio, ninguna influencia sobre la producción del vértigo realmente migrañoso.

(1) Théophile Bordeu.—*Recherches sur les maladies chroniques*, an IX, t. I, p. 154.

(2) Piorry. *Sur le vertige, suivi de quelques considérations sur la migraine et d'autres névropathies*. (Acad. de méd., 1875.)

Síntomas acústicos de la jaqueca no oftálmica.

Son muy frecuentes, de tal modo, que igual derecho habría para crear la jaqueca acústica que la oftálmica. Pero los síntomas acústicos, por su mayor simplicidad, por lo ménos aparente, han llamado y continúan llamando ménos la atención de observadores y pacientes que los fenómenos oculares.

Lazerme ya había notado la hiperestesia del oído, pues dice hablando de la jaqueca: «Nec minimun strepitum murmurque audire sine maximâ molestiâ possit».

Saundby, Grisolle y Tardieu citan la sordera; Bordeu habla del retintin de oídos; Dujardin-Beaumetz, Tardieu, Hammond y Vulpian, de los zumbidos de oídos, y Jaccoud, de la hiperestesia auditiva con ó sin ilusiones sensoriales. Grasset dice, que antes del dolor de cabeza comparecen á menudo zumbidos de oídos é hiperacusia. Tissot dice, que los enfermos sienten ruidos muy incómodos, y que él ha visto á un paciente que antes del dolor hemicránico tenía sordera. Poincaré dice, que en el primer período del ataque el individuo percibe vagamente los sonidos, y que en el segundo período existen zumbidos y retintin de oídos, y que ningun ruido puede ser soportado.

Afasia en la jaqueca no oftálmica.

La afasia completa é incompleta ha sido mencionada por gran número de autores, entre ellos Liveing, Gubler y Bordier, Tardieu, Andral, Lebert, Axenfeld, Tissot, Grisolle, Hammond, Saundby y Grasset. Segun Liveing hay integridad de la inteligencia, y coincide generalmente con una hemiplegia ó una hemianestesia del lado derecho; á veces hay parálisis bilateral, pero nunca una parálisis á izquierda, lo que prueba á favor de la idea de Charcot, de que las neurosis, y entre ellas la jaqueca, por la asociacion de sus síntomas, contribuyen al más exacto conocimiento de las localizaciones cerebrales.

Grasset habla en el mismo sentido que Liveing. En mi observacion IV la afasia no fué acompañada de parálisis ninguna.

Paresias y parálisis en la jaqueca no oftálmica.

Han sido encontradas por infinidad de autores, entre ellos Vepfer y Schebleare. Willis cita un caso en que hubo accidentes paralíticos; Grasset habla de hemiplegias; Tardieu, de parálisis de los miembros, y de entorpecimiento de los movi-

mientos de la mandíbula; Liveing, de aquinesia, y á veces de verdaderas hemiplejias, y Bright, y Axenfeld, de parálisis (1). Abercrombie ha citado casos de jaqueca acompañadas de distintas perturbaciones de motilidad. Willis menciona á la jaqueca entre las causas de parálisis del tercer par (2). Horner ha descrito especialmente esta forma de ptosis de la jaqueca, que él atribuye á la parálisis de las fibras lisas de Müller diseminadas en el orbicular de los párpados é inervadas por el gran simpático (3). Eulenburg (4) y Rosenthal (5) recuerdan este sintoma, pero no hacen más que citar el trabajo de Horner. Saundby menciona el entorpecimiento de los dedos, de la boca, de los labios y de la lengua así como también la hemiplejia pasajera. Grisolle y Tissot (6) hablan de la parálisis de los miembros.

Saundby refiere (7) con muchos detalles un caso de parálisis del tercer par en el curso de una jaqueca no oftálmica. Dicho autor lo considera único bajo muchos puntos de vista, pero á pesar de su importancia, no quiero extractarlo aquí porque deseo acabar pronto este indigesto inventario.

Las parálisis ó entorpecimientos en la jaqueca preceden generalmente al ataque de cefalalgia, pero á veces quedan permanentes durante algunas horas ó dias despues de pasada ésta.

Dadas las relaciones que indudablemente existen entre la verdadera epilepsia y los ataques epileptoideos con la jaqueca, no vacilo en clasificar las parálisis post-migrañosas al lado de las parálisis post-epileptóideas que tanto han llamado en estos últimos años la atención de los mejores neuropatas, entre ellos Bravais (8), Bentley Todd (9), Dutil (10), Pitres (11), Charcot (12), Fournier (13), Greffier (14), Grasset

(1) *Reports of Medical Cases*, vol. II, p. 508.

(2) *Diseases of the nervous system.*, p. 436.

(3) Horner.—*Ueber eine Form von Ptosis.* (*Monatsbl. für Augen Heilkunde*, 1869, VII).

(4) *Ziemssen's Cyclopädie*, vol. XIV.

(5) *Diseases of the nervous system.*

(6) *Essais sur les maladies des gens du monde*, 3.^a edición, Paris, 1772.

(7) *The Lancet*, 2 Setember, 1882.

(8) Bravais.—*De l'epilepsie hémiplegique th. doct.*, Paris, 1827.

(9) Robert Bentley Todd.—*Clinical lectures*, 2.^a edition, London, 1841, lecture XLVI, p. 781.

(10) Dutil.—*Des paralysies port epileptoïdes transitoires.* (*Revue de médecine*, 1883, p. 165).

(11) Charcot et Pitres.—*Des localisations motrices dans l'ecorce des hémisphères du cerveau.* (*Revue mens. de med. et de Chir*, 1877, p. 367).

(12) Charcot.—*Leçons sur les maladies du système nerveux*, 3.^o édition, t. II, p. 345.

(13) Fournier.—*Leçons sur la syphilis du cerveau*, p. 240.

(14) Greffier.—*Etude sur l'epilepsie partielle. th. doct.* Paris, 1882.

y Hughligns-Jackson, parálisis que tienen, á mi ver, una explicacion análoga á la que he dado de las consecuencias y de la permanencia de los síntomas de la jaqueca oftálmica.

Convulsiones, calambres y espasmos en la jaqueca no oftálmica.

A veces existen verdaderos ataques de epilepsia, lo que prueba el parentesco entre ambas neurosis. Gubler y Bordier (1) hablan de convulsiones y contracciones de la cara (lado enfermo) y cuello y miembros (lado opuesto). Segun ellos se puede asistir á la generalizacion de los fenómenos espasmódicos y convulsivos haciendo pensar en una neurósis grave. Tardieu dice: «Además de la agitacion de los músculos de la cara, de la constriccion y apretamiento de las mandíbulas, pueden sobrevenir verdaderas convulsiones ocasionadas por el exceso del dolor, y en las que los enfermos se desgarran y martirizan sin conciencia propia». Grasset dice que muchas veces hay temblores, sacudidas convulsivas en los músculos del lado enfermo; que una ceja es más elevada que la otra; la cara toma una expresion extraña, pues es asimétrica por la accion predominante de los músculos del lado atacado. Dichos fenómenos pueden generalizarse, en cuyo caso puede parecer que se trata de una neurosis convulsiva más grave. Saundby menciona los calambres; Calmeil relata casos de movimientos convulsivos de los músculos del ojo, párpado inferior y músculos de la cara; Willis refiere un caso con accidentes convulsivos; Collini observó una hemicránea que iba acompañada de convulsiones en los brazos; Pison dice, que una jaqueca acabó por presentarse tan solo en forma de espasmos crueles de los lomos y músculos del vientre, y el mismo autor cita un hecho en que habia una contraccion espasmódica de la mandíbula. Wepfer publica un caso en que habia movimiento convulsivo de los labios.

Tissot habla á menudo de las convulsiones, síntoma de la jaqueca. En uno de sus enfermos, unos ataques convulsivos en el rostro sustituían á las hemicráneas. Dicho escritor dice que no hay parte del cuerpo que en la jaqueca no pueda padecer de convulsiones, y que éstas á veces se hacen generales. Dice que ha visto muchas veces que los músculos de la frente, de los párpados y de la cara entraban en una especie de movimiento convulsivo. Luego refiere hechos tan extraños, que dejo al buen criterio de los lectores el determinar el grado de confianza que merecen. En efecto, refiere que

(1) Gubler et Bordier.—*Art. Migraine in Dict. encyclop. des sciences médicales.*

Stalparvan der Viel ha visto abrirse la cabeza á una mujer, tan grande era el espasmo del crotáfites; que Fabricio de Hilden observó lo mismo tres ó cuatro veces en personas diferentes; que en la historia de las enfermedades de Breslau, cuya exactitud está muy bien comprobada, se halla una observacion de este género, y que el Dr. Gras tenia una enferma en la que se le separaba algo la sutura lambdoidea durante el ataque. *Si non é vero...*

Alteraciones en la sensibilidad general en la jaqueca no oftálmica.

Bright, Liveing, Axenfeld, Tardieu, Gubler y Bordier, Saundby y muchos otros, han considerado á la anestesia como sintomade la jaqueca no oftálmica. Lo mismo debo decir de los hormigueos que han sido mencionados por Liveing, Gubler y Bordier, Axenfeld, Tardieu, Grisolle y Tissot. Saundby señala tambien los hormigueos que se localizan en los dedos, boca, labios ó lengua. Calmeil cita casos (1) en que habia pinchazos y hormigueo, ya en el mismo lado del cuerpo, ya en el opuesto á la jaqueca. Vulpian escribe: «En casos de todo punto excepcionales puede existir una sensacion de entorpecimiento más ó ménos pronunciada en una mitad del cuerpo ó en un miembro, y esta sensacion puede corresponder á una debilidad pasajera, sea de la sensibilidad y de la motilidad voluntaria, sea de la una ó de la otra de estas dos aptitudes funcionales del sistema nervioso en esta parte». Pison publica una observacion en que habia una sensacion de hormigueo en el mismo lado del dolor cefálico, que principió por el dedo meñique de la mano izquierda, se propagó sucesivamente á los demás dedos, luego al antebrazo, brazo y cuello. El ataque dejaba en pos de si un entorpecimiento en el brazo y pierna del mismo lado durante dos dias. Grasset dice que antes del dolor de cabeza hay á veces sensacion de frio y escalofrios, y que en otros casos hay hormigueos ó anestias que comienzan en los dedos, ganan el brazo, luego el codo, y por fin, la cara del mismo lado, lo que no tengo necesidad de hacer notar cuanto se parece á ciertas auras de epilepsia.

Dreyfus-Brisac menciona el hecho de una mujer en la que las crisis de jaqueca empezaban por la sensacion de dedo muerto, y hasta se limitaban á un síncope local de los dedos acompañado de fenómenos dispépticos. Tardieu ha encontrado una abolicion de la sensibilidad en las vias digestivas, lo cual vió en un enfermo que la tenia, en tal grado, que para

(1) Calmeil. — *Dict. de méd.* en 30 vol. t. XX, art. *Migraine*.

apaciguar sus dolores bebia tazas de agua hirviendo sin apreciar su temperatura.

En otros casos existe hiperestesia. Berger la ha encontrado sirviéndose del compás de Weber, cuyas dos puntas eran percibidas á una línea en el lado enfermo, y á cuatro líneas en el otro lado. En el mismo caso habia tambien hiperestesia térmica en la mitad enferma; de modo que se apreciaba 0.4° en el lado de la cefalalgia y 0.8° en el otro. Lo mismo sucedia con la sensibilidad eléctrica. Tissot habla de un enfermo á quien cada acceso de jaqueca dejaba un dolor en un hombro y brazo.

Para acabar, debo manifestar que segun Liveing las anestias son más raras que las perturbaciones visuales.

Despues de esta rica sintomatologia de la jaqueca no oftálmica, véase como Féré no tenia razon en decir refiriéndose á la oftálmica: «Esta *autonomia* no ha sido suficientemente reconocida por la mayoría de los autores, que han considerado las perturbaciones oculares y los fenómenos cerebrales ó periféricos, que pueden acompañarles, como episodios que pueden pertenecer á la historia de todas las jaquecas, mientras que en realidad no se encuentran, en cada acceso, más que en un corto número de migrañosos».

Jaquecas de transicion.

Hemos encontrado entre la jaqueca oftálmica y la no oftálmica, completa identidad en cuanto á etiologia y en cuanto á la sintomatologia no ocular. Respecto á los síntomas oculares dicha identidad no puede existir, porque desde que en una jaqueca se encuentran, esta entra en la categoria de *jaqueca oftálmica*. Otras razones hay en pró de la completa identidad entre ambas formas de migraña, y una de ellas es que se hallan abundantes formas de transicion, jaquecas con síntomas oculares, que no pueden del todo llamarse vulgares, á causa de dichos síntomas, pero en las que estos últimos están demasiado poco acentuados para que puedan llamarse oftálmicas. Dichas jaquecas son formas intermedias, verdadero lazo de union entre unas y otras migrañas, y que prueban que entre ellas no hay ni puede haber una diferencia radical, lo que basta para echar por tierra la pretendida *autonomia* de la jaqueca oftálmica tan defendida por Féré. Este mismo las ha observado, pues dice que á veces no hay más que una ligera obnubilacion de la vista, de tal modo pasajera, que pasa casi desapercibida al enfermo mismo, quien cree que se

trata de una jaqueca ordinaria periódica seguida de vómitos. Ejemplos de las formas de transición son mis observaciones 2.^a y 3.^a

Ataques de distintas jaquecas en un mismo individuo.

Otra prueba de la identidad de las jaquecas es que á veces un mismo individuo tiene jaqueca vulgar en un ataque, y jaqueca oftálmica en otro. El Dr. Roche ha referido un hecho en que habiendo el enfermo padecido jaqueca vulgar durante largo tiempo, tuvo despues, en lugar de ésta, ambliopías periódicas sin hemicránea. Galezowski escribe: «La jaqueca del ojo comparece lo más á menudo en personas que han estado sujetas durante algunos años á la jaqueca ordinaria; esta última cesa completamente y es reemplazada por accidentes nerviosos visuales. Sin embargo, estos accidentes pueden sobrevenir sin haber sido precedidos de ningun fenómeno nervioso». Liveing dice que las distintas jaquecas, entre ellas la oftálmica y la vulgar, pueden no ser más que transiciones sucesivas ó formas distintas que se transforman una en otra en ciertos sujetos.

En un hecho de Galezowski el enfermo tenia comunmente jaqueca con vértigos, y solo dos ó tres veces al año jaqueca ocular. En mi observacion 1.^a se ve tambien que el enfermo ha tenido las dos jaquecas.

Féré confiesa haber visto casos de este género, aunque no los interpreta convenientemente cuando dice: «Por otra parte, y este es un punto sobre el que Charcot llama particularmente la atencion, puede suceder que una jaqueca de pronto incompleta y constituida, sea por un escotoma periódico solo, sea por una jaqueca aislada, se completa más tarde, algunas veces al cabo de muchos años, para constituir una jaqueca oftálmica más ó ménos regular, cuyos elementos habian sido desconocidos de pronto, porque estaban aislados.» A veces alternan ataques de jaqueca simple con ataques de escotoma sin hemicránea, lo que ha sido llamado por Charcot *formas disociadas*. (Dreyfus-Brisac, Féré).

A veces se ve que el padre tiene jaqueca simple y el hijo jaqueca oftálmica ó viceversa, de modo que en la herencia se nota esta sustitucion de forma. De esto ha referido un caso Galezowski y otro Féré. Pero este dato no es tan demostrativo como á primera vista podria creerse, porque por la herencia no es de precision que se transmita una misma neurosis. Así he visto hace poco á un hombre con manía aguda cuyos hijos eran los unos histéricos, los otros epilépticos.

Gravedad de la jaqueca no oftálmica.

La persistencia de los síntomas y la gravedad de las consecuencias de algunos casos de jaqueca oftálmica habian parecido á Féré carácter propio y exclusivo de ésta, y elemento que servia muchísimo para diferenciarla del todo de las otras jaquecas. Asi, pues, si logro demostrar que la jaqueca no oftálmica es á veces grave y que en algunos casos persisten sus síntomas, piérdese tambien del todo este carácter diferencial.

Tissot, decia, que «los desórdenes de la hemicránea son casi tan peligrosos como los de la gota, y que de ordinario van seguidos de accidentes más ó menos fatales.» «Wepfer, Schebleare, añade, han visto la parálisis producida por esta causa, y yo estoy persuadido de que no habrá médico observador que no haya tenido ocasion de convencerse por sí mismo de esta verdad que no ha pasado desapercibida á los antiguos. Areteo, dice, que podia tener malos resultados; no es una enfermedad ligera aunque tenga intermitencias y aunque al principio no parezca fuerte. Si ataca de improviso y con violencia puede acarrear atroces consecuencias, pues los nervios quedan en un estado espasmódico, el rostro torcido hácia un lado y los ojos se ponen inmóviles y abiertos; algunas veces las convulsiones pueden invadir los órganos internos, y hasta en algunos casos se asegura que se ha visto sobrevenir la muerte... La disminucion de la memoria es tambien un síntoma de jaqueca.» «He visto á un enfermo, escribe el mismo Tissot, estudioso y entregado á una vida sedentaria, que tambien habia tenido hemicránea desde muy jóven, pero cuyos accesos eran por lo ménos de doce horas y le dejaban débil en extremo durante un dia. Al principio no atacaban á menudo, pero cada vez se fueron haciendo más frecuentes y por espacio de algunos años repitieron todos los meses, despues cada quince dias, cada ocho dias, y con más frecuencia aun, y siempre terminaban por vómitos. Hácia la edad de sesenta años, lo cual es opuesto á lo que se observa comunmente, repetian tan á menudo, que no podia contar el enfermo con estar bien dos dias seguidos, aunque algunas veces eran largos los intervalos de los ataques. Verdaderamente los dolores eran ménos atroces pero tambien los vómitos dejaron de guardar su regularidad y el restablecimiento no era tan completo como antes; y bien fuera por estas crisis imperfectas, bien por el abuso excesivo del café ó porque su vida viniera á ser enteramente sedentaria, ello es que su estómago se desarregló, su salud principiό á resentirse y

la hemicránea volvía de tarde en tarde; pero á medida que se iba haciendo más rara, todos los músculos del rostro iban entrando en un estado convulsivo casi continuo, y cuando aquella faltaba por algunas semanas, tenía el paciente ataques muy fuertes de sofocacion; en los últimos años de su vida desapareció casi del todo la jaqueca, pero quedó en un estado de completa languidez.»

Fordyce ha observado la atropia del crotáfites. De Staen conoció «á un hombre que despues de haber padecido la jaqueca se vió acometido de violentas convulsiones de la cara, que repetían 20 y 30 veces al dia y su memoria se debilitó hasta el punto de que, aunque reconocía á todos los que á él se acercaban y á todas las cosas que veía, no podía llamarlas por su nombre; conocía el francés y el italiano pero solo podía contestar en aleman.»

Saundby refiere un caso ya citado anteriormente en que la parálisis del recto superior del ojo y la ptosis se hicieron de intermitentes, continuas en el curso de la jaqueca.

Wefter, habla de una enferma que perdió parte del oído. Otra mujer, segun Tissot, perdió el olfato. Tardieu escribe: «la frecuente reproduccion de paroxismos violentos y prolongados puede traer horribles consecuencias. Una contriccion habitual de los músculos de la cara, la debilidad de los sentidos, un cambio moral, una susceptibilidad nerviosa exagerada suelen ser el triste resultado de jaquecas habituales.»

En la Enciclopedia francesa, se señala como consecuencia de la jaqueca la parálisis permanente de un brazo.

Igual explicacion tienen los resultados graves de la jaqueca no oftálmica que de la jaqueca oftálmica. A mi ver, la fijeza de lado en los diversos ataques es más propia de las jaquecas graves, porque tal fijeza debe ser el resultado de una lesion mas importante.

Patogenia y naturaleza de la jaqueca oftálmica y de la jaqueca no oftálmica.

Si logro demostrar que en ambas jaquecas la patogenia y la esencia de la afeccion es igual, habré completado con el argumento de más peso, la demostracion de la identidad que existe entre ambas, y por lo tanto, de la falta de autonomía de la jaqueca oftálmica.

Podemos empezar por decir, que los mejores defensores de la autonomía de la jaqueca oftálmica, explican esta afeccion por la accion del gran simpático sobre el cerebro y sobre distintos órganos, y que esta misma teoría es la que

aceptan actualmente todos los buenos observadores para darse cuenta de los síntomas de la jaqueca ordinaria. Difieren tan solo en saber si tal ó cual período es vaso-dilatador ó vaso-constrictor, y hasta autores hay como Eulenburg, que quieren que el dolor venga unas veces con la congestión, y otras veces con la anemia, como si el cerebro no estuviese siempre dotado de iguales propiedades, y en él la congestión ó la isquemia no produjesen efectos constantes.

Pasemos en revista las explicaciones aceptables, con los hechos en que se fundan, que se han publicado sobre la patogenia de la jaqueca vulgar y de la jaqueca oftálmica, porque de este modo vendremos con pleno conocimiento del asunto á deducir que en su esencia tampoco difieren en lo más mínimo.

Patogenia de la jaqueca oftálmica.—Muy diversas teorías han corrido sobre su origen. Turenne (1) supone que depende de una congestión de los senos cavernosos, la que determina una compresión de la rama oftálmica del 5.º par. No debo entretenerme en refutar esta poco hábil explicación.

Galezowski dice, que la jaqueca oftálmica es una neurosis del 5 par, el que da filetes nerviosos vaso-motores á las órganos centrales visuales, y á las partes periféricas del mismo aparato v. g.; la retina. Esta doctrina coincide con la que yo acepto respecto á su origen central y vaso-motor, pero no respecto á que el 5 par sea el origen de la afección, porque la alteración de este nervio nos podría á lo sumo explicar los síntomas oculares de la jaqueca. ¿Y los demás síntomas cómo se explicarán? ¿Qué es lo que produciría la afasia, las parálisis, etc.? ¿Podría por ventura causar todo esto el 5.º par?

Duwez, no queriendo admitir el origen cerebral de los fenómenos oculares, se ve perplejo y no sabe cómo explicar los casos de hemiopia. «La interpretación de estos hechos es difícil, porque no se puede admitir, dice Duwez, que sean debidos á una compresión pasajera del tractus ó del quiasma. La hemiopia observada por Wollaston sobre él mismo, de pronto á izquierda y durando quince minutos, para reaparecer veinte años después á derecha y durante quince minutos también; la que Airy, Tyrrell, Brewster y Dianoux han observado sobre ellos mismos son inexplicables hoy. En Wollaston, es verdad, la muerte vino después de una parálisis de la mitad del cuerpo y la autopsia hizo descubrir un tumor teniendo su sitio en el tálamo derecho. ¿Puedese concluir entonces que éste ha sido la causa, cuando se considera por una parte la duración fugitiva de estas perturbaciones he-

(1) *The Lancet*. August, 18, 1849, p. 177.

miópicas, y por otra parte el intervalo considerable que ha existido entre los dos ataques?»

Brewster y Quaglino la atribuyen á un espasmo de las arterias de la retina. Pero, y ¿los otros síntomas que los oculares, cómo los explican? ¿cómo se dan cuenta de la hemianopia?

Piorry dice: «Que es una perturbacion funcional de la retina, un sufrimiento primitivo y especial propio á las partes periféricas del nervio del ojo.» Esta hipótesis es muy vaga y ya está de sobras refutada con lo dicho anteriormente.

Meyer decia, que la causa era una debilitacion súbita, poco duradera de la acomodacion, explicacion de las más malas é insuficientes de cuantas se han dado.

Dianoux hace del *escotoma centelleante* una neurosis limitada al nervio óptico en la que se observaria la tetanizacion de las paredes vasculares inervadas por el simpático. Esta teoría tiene igual defecto que la mayoría de las anteriores, y es que sólo da cuenta, y aun poco satisfactoriamente, de los fenómenos oculares. Mauthner comparte las ideas de Dianoux.

Ninguna de las teorías anteriores es defendible; la única racional y la actualmente admitida por la mayoría es la que voy á intentar demostrar. Pero para mayor claridad dividiré el asunto en tres partes; 1.^a demostracion de que la jaqueca oftálmica no es de origen ocular: 2.^a demostracion de que la jaqueca oftálmica es de origen cerebral; 3.^a que esta alteracion cerebral depende de una alteracion vaso-motora á su vez producida por una perturbacion del simpático.

1.^o *La jaqueca oftálmica no es de origen ocular.*—Si fuera debida como algunos pretenden á perturbaciones en la circulacion ocular, siempre se reconocerian en la retina alteraciones circulatorias, y sin embargo, estas faltan muchas veces. Así Dianoux, Donders y Hulings-Jakson, durante el período de las alteraciones oculares, al exámen oftalmológico lo hallaron todo normal en la retina. Por otra parte, como hemos dicho anteriormente, si fuera de origen ocular, ¿de qué modo nos explicaríamos los síntomas extraoculares que la acompañan?

2.^o *La jaqueca oftálmica es de origen cerebral.*—A mi ver esto no puede ponerse ni por un momento en duda, cuando se la ve tan á menudo asociarse con las parálisis, las convulsiones, las afasias, los letargos y muchos otros síntomas cuyo origen solo puede hallarse en el cerebro.

La forma de la hemianopia migrañosa es generalmente la de la que Ferrier reconoce como de origen cerebral.

Segun Féré la hemianopia de la jaqueca no se distingue

en nada de la que va ligada á otras lesiones cerebrales; hasta sus asociaciones sintomáticas son las mismas, de modo que en ciertos casos, puede ser bastante difícil separar los dos órdenes de hechos, y la patogenia de ambos puede ser ilustrada por su comparacion. La hemiopia monocular del enfermo de mi observacion V., no podia ser, como ya he demostrado en las consideraciones que le siguen, sino de origen cerebral.

En favor de dicho origen cerebral, han opinado los mejores autores. Así Airy decia: «No dudo de ningun modo de que el sitio de la afeccion no sea el cerebro, de que la afeccion no sea una especie de parálisis y de que la alteracion ocular no sea más que un síntoma secundario.» El mismo dice que se trata de una anemia cerebral: De Wecker es de la misma opinion.

Warlomont, Schön, y antes que ellos Mackensie, admiten respecto á la afeccion de que hablo «que las alteraciones de la sustancia cerebral determinan á menudo enfermedades periódicas, que ciertas causas de excitacion que obran sobre el cerebro enfermo, pueden dificultar el funcionalismo de dicho órgano, y cuando estas causas cesan de obrar el individuo se encuentra de nuevo en el estado de salud aparente de que gozaba».

Latham dice, que esta afeccion depende de una anemia transitoria y limitada de la sustancia cerebral, la que puede ser seguida, en ciertos casos, de un período de congestion, correspondiendo á este último los dolores craneales y la contraccion pupilar. Féré acepta tambien el origen cerebral. Brudenel (1) dice que la hemiopia temporaria depende probablemente de disturbios en la circulacion intracraneal.

3.º *La jaqueca oftálmica es debida al gran simpático, y la causa inmediata de los ataques son perturbaciones vaso-motoras.*—Los síntomas de la jaqueca oftálmica son iguales á los que produce la intoxicacion digital, que segun demostró Purkinje obra para causar esto sobre los vaso-motores que parten del simpático cervical.

La influencia favorable que Duwez y Turenne aseguran tiene la posicion declive de la cabeza, hablan en favor de la teoría del espasmo.

Debo hacer notar que Ball (Benjamin-Ball. *Considérations sur l'ischémie cérébrale fonctionnelle. L'encéphale*, 1880, p. 24) acepta la accion del simpático dando espasmo vascular en el cerebro para explicar ciertos hechos de afeccion transitoria

(1) Robert Brudenel Carter. *A practical treatise on disease of the eye.* 1875, p. 465.

que tienen bastante analogía con las afasias de la jaqueca. Se trataría según él de un fenómeno análogo al que el malogrado Mauricio Reynaud ha descrito bajo el nombre de asfixia local causada por una perturbación local de la circulación, y que determina una anemia de las extremidades que puede llegar hasta la gangrena (1).

Los autores más respetables adoptan esta teoría.

Dianoux admite la tetanización de las paredes vasculares inervadas por el simpático. Latham dice que la jaqueca oftálmica está bajo la dependencia del gran simpático y la alteración que produce el ataque es una alteración vaso-motriz, primero contractiva y luego dilatativa. Airy profesaba igual opinión.

«En la jaqueca, escribe Féré, existe en el primer momento una constricción pasajera de los vasos bajo la influencia de una perturbación del sistema nervioso linfático.»

«No puede ser más que un fenómeno cerebral, añade en otra parte Féré, verosimilmente una anemia, como parecen indicar el estrechamiento de los vasos de la retina que ha sido encontrado varias veces y el hecho indicado principalmente por Dianoux, de que las perturbaciones pueden cesar por la posición declive de la cabeza. Se puede, pues, admitir la hipótesis de una excitación del simpático (*Du Bois-Reymond*), dando contracciones espasmódicas de los vasos cerebrales y una anemia momentánea y limitada de la sustancia cerebral, que puede ser seguida, en ciertos casos, de un período de congestión. (Latham).»

Féré compara su teoría á la de Mauricio Reynaud sobre la asfixia local de las extremidades, y así como esta puede llevar á la gangrena, las perturbaciones vaso-motoras de la jaqueca darían á veces una necrobiosis limitada de ciertos puntos del cerebro que explicaría la persistencia de algunos síntomas. Encuentra mayor tal analogía porque la asfixia local de las extremidades puede coincidir con un espasmo de los vasos del fondo del ojo acompañado de perturbaciones visuales de intensidad variable.

Según Förster, la anemia cerebral parcial produce la jaqueca oftálmica.

Así tenemos demostrado ó poco menos, que la jaqueca oftálmica es una perturbación vaso-motora del encéfalo bajo la dependencia del gran simpático.

(1) Maurice Reynaud *Nouvelles recherches sur la nature et le traitement de l'asphyxie locale des extrémités*. (*Arch. gén. de méd.* 1874, t. I, página 5, et. 189.)

Patogenia de la jaqueca no oftálmica.—Du-Bois-Reymond afecto él mismo de jaqueca, admite que esta es la consecuencia de la exaltación del simpático cervical, porque él encontraba en ella los cuatro efectos constantes de la electrización del cordón cervical en los animales, y un dolor determinado por la presión sobre las apófisis espinosas de los vértebras correspondientes á la región cilio-espinal de la médula.

Gouguenheim es de esta misma opinión.

Conozco dos observaciones de Eulenburg que hablan muy á favor del origen simpático y vaso-motor de la jaqueca (1). «Obs. 1.^a Joven de 26 años, estudiante de matemáticas. Es dirigido al autor para ser electrizado á causa de su midriasis y de perturbaciones de la acomodación limitadas al ojo izquierdo. La dilatación pupilar del lado enfermo era un poco menos del doble de la del ojo sano, pero variaba ligeramente según los momentos, aunque la pupila fuese poco más ó menos completamente insensible á las excitaciones luminosas. Los dos ojos eran emétopes y dotados de su acuidad visual normal. El punto de la visión distinta para los objetos cercanos se encontraba á 4 pulgadas y media para el ojo derecho, mientras que para el otro estaba á 12 pulgadas. No había lesión apreciable en los músculos exteriores del globo ocular. El enfermo presentaba en el lado izquierdo del cuello, á lo largo del borde interno del esterno mastoideo, muchos ganglios tumefactos y dolorosos; el ganglio más elevado situado al nivel del ganglio cervical superior ofrecía una viva sensibilidad á la presión. El paciente había remontado el principio de sus perturbaciones oculares á 3 meses, época en que había tenido un infarto considerable de las glándulas del cuello que desde entonces había disminuido. Además, ya antes había sufrido de cefalalgia volviendo por accesos y ocupando las regiones frontal y temporal izquierdas. Durante estas crisis la cara palidecía, se alargaba y la oreja izquierda estaba más fría que la otra. El autor no comprobó diferencia en la coloración de las dos mitades de la cara, pero encontró la oreja del lado enfermo notablemente más fría, más pálida; en la arteria temporal correspondiente las pulsaciones eran más débiles. El termómetro aplicado diferentes veces en el conductor auditivo externo halló una diferencia de 0'2° á 0'4° á favor de la oreja derecha.» Refiere luego Eulenburg otra observación en que dice, no había jaqueca porque el dolor existía en ambos lados, bien que más fuerte en uno. A mi ver

(1) Eulenburg. *Zur Pathologie des sympathicus*. Comunicación á la Sociedad de Hufeland en 31 Enero de 1873. (*Berliner Klinis Wochens.* 1873, n.º 15.)

esto no impide que hubiera jaqueca, pues la cefalalgia en ambos lados es en ella mas comun de lo que generalmente se cree. Pues bien, en este último caso habia alteraciones vaso-motoras en la cara y orejas, que se traducian por sensaciones subjetivas de calor y frio en dichos puntos, por cambios reales de temperatura en los mismos y cambios de coloracion (rubicundez ó palidez).

Nagel cree que á muchos de los fenómenos que estudia como consecuencias de alteraciones del simpático cervical débese acercarse la jaqueca, y que más evidente es la analogía cuando esta da perturbaciones oculares.

Wilk, ha visto en la jaqueca, fenómenos que él ha provocado tambien, como Purkinje dando la digital, y que las experiencias demuestran que son debidas á una irritacion del gran simpático.

Ludwig y Loven dicen que es una prueba de la irritacion del simpático en la jaqueca, los ataques de frio en las extremidades que sienten los migrañosos en sus accesos.

Volviendo á Eulemburg debo decir, que para este autor la hemicránea que él llama angio-spástica tiene su origen en una irritacion periódica del gran simpático ó del ganglio cervical superior.

Este autor cree que la irritacion de este nervio en la jaqueca produce más bien isquemias parciales, limitadas á ciertas regiones del encéfalo, más que una anemia generalizada que se extiende á toda una mitad de este órgano.

Hammond acepta las ideas de Eulemburg.

Brunner ha observado en sí mismo y en su madre (ambos estaban sujetos á jaqueca), una sensibilidad dolorosa en la region de los ganglios cervicales, superior y medio (1).

Möllendorf acepta que durante el dolor hay parálisis del cordon cervical del simpático, porque entonces ha hallado los vasos de la retina sumamente dilatados, el lado correspondiente de la cabeza se cubre de sudor y la compresion de la carótida disminuye el malestar.

Jaccoud dice que hay dos períodos que se suceden regularmente, uno de excitacion y otro de parálisis, éste por agotamiento de los vaso-motores.

Latham atribuye la jaqueca á perturbaciones vaso-motoras del cerebro, causadas por una perturbacion del gran simpático. Admite dos períodos; el de tetanizacion y el de relajacion de los vasos. Hace observar que la palidez inicial es enseguida reemplazada por la rubicundez de la mejilla y

(1) Brunner. *Zur Casuistik der Pathologie des sympathicus*. (Petersburger Med Zeitsc. 1871, p. 260).

la inyección de la conjuntiva; que en el mismo momento la orina es muy clara y abundante, mientras que la saliva se hace glutinosa y desagradable, absolutamente como cuando se han cortado los esplénicos y los filetes salivales del gran simpático; que al principio de la crisis se ve al contrario, fenómenos que descubren una excitación de este nervio en su conjunto, tales como frío en las extremidades, sensaciones luminosas análogas á los fosfenos que engendran los venenos capaces de excitar el sistema nervioso de las fibras lisas.

Guttman admite también estos dos periodos. Dice que hay muchas veces dilatación de la pupila al principio y estrechamiento de la misma después.

Vulpian reconoce que en muchos casos hay síntomas que dependen incontestablemente del simpático cervical.

Hervez, de Chégoïn, atribúyelo todo al gran simpático.

Poincaré escribe lo que sigue: «Si he de juzgar según los numerosos casos de que he sido testigo, creo poder establecer como un hecho incontestable que en la jaqueca hay siempre, bajo el punto de vista de la vascularización de la cabeza, dos fases distintas, claramente encadenadas la una á la otra. La primera dura ménos que la segunda y hasta puede pasar desapercibida. La primera es de palidez; la segunda de rubicundez. Según lo que se sabe del mecanismo de la vascularización, es evidente que los vasos pasan por dos estados, uno de contracción espasmódica y otro de relajación.»

Los experimentos de Claudio Bernard sobre las propiedades del simpático hablan también en favor del origen simpático de la jaqueca (1).

No hablo, por lo insostenibles, de las teorías de Hasse, Tissot, Lebert, Wepfer, Romberg, Calmeil y Liveing. Acerca de la opinión de William Dale, Clifford-Albutt y Niemeyer, que quieren que la jaqueca sea siempre producida por perturbaciones gástricas ó hepáticas, debo hacer notar que aunque se acepte no contradice la que yo admito; porque dicho malestar digestivo muy bien podría ser origen de disturbios del simpático, causantes inmediatos de la jaqueca. Pero así como en la histeria se ha exagerado el papel del útero, exageración *exageradamente* combatida por Briquet, así también dichos autores han exagerado el papel de los órganos hipocóndricos en la jaqueca y han sido demasiado exclusivistas. Y es que no se han hecho cargo, que si bien existen síntomas gastro-hepáticos en casi todas las jaquecas, en la inmensa mayoría, no son causa, sino consecuencia, mero síntoma de

(1) *Physio expér du système nerveux.*

la misma. El vómito de la jaqueca es el prototipo del vómito cerebral.

De todo lo dicho se concluye, que la jaqueca no oftálmica es también una perturbación vaso-motora del encéfalo bajo la dependencia del gran simpático. Y como esto es exactamente lo mismo que he concluido de la jaqueca oftálmica, de aquí que niegue que esta tenga una patogenia, esencia ó naturaleza distinta de aquella, y como igual identidad hallamos entre las causas, tratamiento, gravedad, complicaciones, número y duración de los accesos y hasta en los síntomas (pues las pocas diferencias en estos dependen de variedad de localizaciones del proceso vaso-motor), he aquí que me crea con derecho á desechar la *autonomía* que Féré quería conceder á la jaqueca oftálmica. Así es que éste, en sus venideros escritos, hará bien en desechar el siguiente párrafo que escribía en 1881: «Constituye un síndrome, del que algunos rasgos característicos bastan para diferenciarlo de otras jaquecas y hacer de ella una afección verdaderamente autónoma». La jaqueca oftálmica constituye una variedad la más curiosa de la jaqueca, pero nada más que una variedad.

Sobre tales bases puedo por fin trazar á grandes rasgos la fisiología de la jaqueca en general.

Patogenia de la jaqueca en general.

En resumen, la jaqueca viene á ser una especie de histeria del gran simpático, que obra, sobre todo, provocando alteraciones vaso-motoras en los centros nerviosos. En cada ataque podemos considerar con Latham dos períodos, el de espasmo y el de dilatación vascular. El período de espasmo es de las anestias, parálisis, disknesias y disestesias. El período de congestión es el de las hiperestesias. Por eso en la primera puede comparecer la afasia, las parálisis, la sordera, la anosmia, la ambliopia y la hemiopia, y en el segundo viene la contracción pupilar, la cefalalgia, la hiperacusia y la fotofobia. En la jaqueca no hay ningún síntoma constante, ni siquiera la cefalalgia que faltó en un acceso de uno de mis enfermos y en infinidad de casos. Hay jaqueca en que predomina el período de espasmo, ó éste es el único, y á éstas pertenecen las *hemiopias transitorias*, no seguidas de hemicránea de que hablan Förster y Dianoux. Hay otras al contrario, en que solo existe el período de congestión, y son aquellas en que se establece de pronto la cefalalgia y la hiperestesia, sin otros síntomas anteriores.

Hay casos en que el espasmo vascular es consecutivo á la dilatación, y son aquellos en que la cefalalgia precede á los

demás síntomas. Pero estos casos son muy raros, pues es más natural que la dilatación sea consecutiva al espasmo, hijo éste de una excitación cualquiera, y aquella del agotamiento producido por el espasmo. También es natural que el período de espasmo sea más corto que el de dilatación, porque así se ve en cuantas experiencias se han hecho sobre los vasomotores. Por esto las parálisis, afasias, anestésias, etc., duran, por lo común, menos que la cefalalgia,

Por lo tanto, si se quiere considerar la cuestión sin prevención alguna, sin forzar los hechos, estudiándolos como la sana razón indica, sin deseos de aumentar el número excesivamente grande de especies morbosas, algunas de ellas más arbitrarias que naturales, se llegará á la siguiente conclusión:

La jaqueca á pesar de sus distintas modalidades es siempre una misma.

Lo más que puede admitirse es una jaqueca sintomática (1) y otra esencial, si bien que en ambos casos habrá la misma fisiología patológica, y que bien mirado toda jaqueca es sintomática de una perturbación leve ó grave existente en el organismo.

De un modo análogo á éste han comprendido la jaqueca Latham y Dreyfus-Brisac.

Antes de concluir este capítulo, debo dar algunas razones en apoyo de mis asertos. Una prueba de que el período paralítico (2) de la jaqueca es el que corresponde al espasmo vascular del cerebro, y por consiguiente á la isquemia del mismo, es la noción que tenemos de que la falta de sangre insensibiliza ó paraliza cualquier parte; así obra la isquemia de Esmarch y así el proceder de anestesia local de Letamendi. En cambio, la hiperemia produce dolor y aumenta las propiedades de cualquier órgano; por esto en el segundo período de la jaqueca hay la cefalalgia, la hiperacusia y la fotofobia. Debemos distinguir la isquemia ó sea falta de sangre en un órgano, de la anemia ó hipohemia general, que gene-

(1) Liveing describe como sintomáticas la jaqueca de los gotosos y la palúdica, estudiada por Mac-Culloch, bajo el nombre de *malarial megrim*. En esto no tiene razón, porque así deberíamos considerar como sintomáticas á todas las jaquecas, pues todas, casi todas dependen de un estado constitucional (reuma, gota, histerismo, nervosismo, etc.) Mejor cuadraría el nombre de *sintomáticas* y aún de *falsas jaquecas*, á las que describe al fin de su monografía como dependientes de afecciones cerebrales.

(2) Y le doy este nombre porque el coma, la sordera, la anosmia, la abolición del gusto, el escotoma, la amaurosis, la anestesia y la afasia, síntomas que se encuentran en dicho período de la jaqueca, son cada una en su género, una especie de parálisis.

ralmente exalta el funcionalismo del sistema nervioso, porque este está mal nutrido. Entre ambos estados no hay paridad alguna.

Debo recordar que Galezowski durante el primer período ha encontrado isquemia de la retina, y que Möllendórf durante el segundo ha observado dilatación de los vasos de la misma. Ya es sabido que la circulación ocular, es el espejo de la encefálica.

Localizaciones cerebrales de la jaqueca.—Division de la especie morbosa en distintas variedades.

Como dice muy bien Eulemburg, las perturbaciones vasomotoras de la jaqueca, se limitan á muy pequeña region del cerebro, que en cada caso ó en cada ataque puede ser distinta. Los síntomas que se noten, dejando á un lado la cefalalgia y los vómitos comunes á casi todas las jaquecas, dependerán de la region cerebral que está afecta. Así en unos casos habrá afasia, en otros sordera, en otros anosmia, en otros parálisis, en otros vértigos, en otros anestesia, en otros convulsiones: hechos hay en que evidentemente habia alteraciones transitorias bulbares y ciertos ataques de asma y angina de pecho prueban la gravedad de algunas localizaciones. Puede sentarse el principio de que no hay lugar del encéfalo que esté siempre libre de la jaqueca. Fére acepta que en un caso por él referido, hubo *parálisis bulbar*.

Los síntomas citados pueden asociarse entre sí; y aún esta asociacion es comun, porque raras veces las alteraciones vaso-motoras se limitan exactamente á un solo centro funcional del encéfalo. Cuando esta asociacion existe, se tiene una forma compleja de jaqueca. Así es una injusticia el continuar llamando *jaqueca oftálmica* como hace Fére, á la que además de las perturbaciones visuales va acompañada de sordera, anestesia, afasia ó de otro síntoma extraordinario. ¿Sabria decirme Fére en qué se funda para sostener que la afasia, parálisis, etc., caracterizan la *jaqueca oftálmica*, cuando se encuentran casos, y se los he citado en gran número, en que tales alteraciones se hallan en la jaqueca no oftálmica? ¿En qué se apoya dicho autor al conceder preponderancia á los síntomas oftálmicos para dar carácter á la afeccion, cuando iguales derechos é igual importancia tienen todos los demás, como la afasia, los hormigueos, las convulsiones, aunque por su aparicion en órganos de funcion más simple, no sean tan curiosos y complicados como los datos oculares?

Cuando la jaqueca presenta como síntomas culminantes y casi únicos, la cefalalgia y los vómitos, debe llamarse *jaqueca simple* ú *ordinaria*. Cuando se le añade algún síntoma importante debe tomar el nombre del mismo. Así, si hay afasia se llamará *jaqueca afásica*. Si hay alteración visual se denominará *oftálmica*. Si hay perturbaciones en el oído (que son muy frecuentes pero menos estudiadas que las de la vista) diremos que hay *jaqueca acústica*. Y así para todos los síntomas; admitiendo jaqueca comatosa, vertiginosa, convulsiva, asmática, epiléptica, coreica, anestésica, paralítica, anósica, etc., etc., no olvidando nunca que estas diversas jaquecas no son afecciones diferentes, sino formas diversas de igual afección.

Cuando en una jaqueca comparezcan dos ó tres síntomas de los que llamo *extraordinarios*, como sería injusto preferir á uno de ellos para denominarla y hacer caso omiso de los otros, lo mejor sería llamarla *jaqueca compleja*. Por lo tanto, cuando las alteraciones visuales coinciden con una afasia en un ataque de jaqueca, tan poca razón hay para llamar á ésta *oftálmica*, como lo hace Féré, como *afásica*; lo mejor, vuelvo á decir, es apellidarla *compleja*.

En la jaqueca no hay ningún síntoma constante, porque la cefalalgia y los vómitos faltan á menudo. Solo la marcha de la afección puede, en ciertos casos, descubrir su naturaleza. Esta es fácil de adivinar cuando existe *escotoma centelleante* sin cefalalgia consecutiva; pero cuando se trata de afasia magriñosa ó de cualquier otra forma de aquella, sin hemisférica, entonces es más difícil conocerla, y así ha sucedido hasta ahora. Por esto ciertas parálisis ó afasias transitorias han quedado sin ser explicadas satisfactoriamente.

En un caso de Féré se nota, en efecto, que hubo primero ataques convulsivos sin hemisférica, de los que quedó desconocida la naturaleza migrañosa, pero luego vinieron estomas centelleantes, y finalmente jaquecas oftálmicas completas que alternaban con ataques de jaqueca ordinaria, con lo que pudo comprenderse la esencia de los primeros accidentes.

Liveing afirma que á veces el vértigo constituye todo el ataque y quizás algunas afecciones que han sido tomadas por vértigo de Ménière, no fueron más que vértigos migrañosos.

El asma es á veces también síntoma de la jaqueca, revelando la localización bulbar de la misma. De ello hemos publicado ejemplos en el estudio de los síntomas.

A tales datos podemos añadir que, según Liveing, la mejor autoridad en estas cuestiones, muchos migrañosos presentan asma y angina de pecho. El mismo autor afirma que en la herencia alternan muchas veces el asma y la jaqueca.

CONTINUACION DEL CAPÍTULO ANTERIOR.

Localizacion cerebral de la hemianopsia.— Explicacion de su frecuente asociacion con la afasia y las parálisis.

La jaqueca con alteraciones oculares ó sea la jaqueca oftálmica, va más frecuentemente acompañada de síntomas extraordinarios de la jaqueca que la no oftálmica; y es probablemente que por lo inmediato de los centros, las lesiones no se localizan á uno de ellos, y así cuando se perturban los centros visuales se afectan también los centros vecinos.

Por de pronto debemos establecer si las alteraciones son corticales ó centrales. Féré en 1881, creía que eran centrales, pues decía: «¿Esta anemia está situada en la periferia ó en las masas centrales? Es esta última hipótesis la más verosímil, en razón de la asociacion frecuente de las perturbaciones de la sensibilidad general y especial, que no podrian en los casos de perturbacion de la circulacion cortical, coincidir con la afasia sin acompañarse, al mismo tiempo, de perturbaciones motoras.»

Pero no sé por qué no pueden aceptarse al mismo tiempo muchas zonas á la vez de perturbacion vaso-motora, ó que ésta se extienda á bastante grande espacio para abarcar en su seno centros cerebrales corticales distintos. Así es que el argumento de Féré tiene poco valor. Por otra parte, éste ha cambiado de opinion, pues en 1883, comentando un caso de jaqueca oftálmica, escribe: «La limitacion de la parálisis y los caracteres de las perturbaciones de la palabra y de la parálisis parcial, me permiten afirmar la existencia de una lesion cortical, comprendiendo la parte posterior de la tercera circunvolucion frontal y la parte vecina de la region motriz. La coincidencia de perturbaciones del sentido muscular no está en contradiccion con esta idea, porque los hechos publicados por Tripier y Petrina, muestran que bastante á menudo las parálisis motrices de origen cortical van asociadas á perturbaciones más ó ménos marcadas de la sensibilidad; la afasia ofrece bastante á menudo esta asocia-

cion (1), y las perturbaciones de la sensibilidad, en estos casos, pueden alcanzar los sentidos especiales, sobre todo la vision.»

Ahora entramos en otra cuestion importantísima, ¿puede la hemiopia ser de origen cerebral?

Charcot dijo, que la hemiopia era siempre de origen extra-cerebral y que dependia de una lesion de las bandeletas ópticas. De origen cerebral, sólo lo era la ambliopia. Pero ya dicho autor confesaba que no se explicaba los casos de jaqueca en que la hemiopia coincidia con la afasia y otras perturbaciones cuya procedencia encefálica no podia negarse. Despues Bellouard, Féré, Grasset, Gille y otros, han demostrado de un modo evidente que la hemiopia tambien era de origen cerebral, con lo que el esquema que Charcot habia dado del trayecto de las fibras ópticas, quedaba desautorizado. Féré substituyó el esquema de Charcot por uno semejante al de Newton y Wollaston, que sólo explicaba la hemiopia. Grasset recientemente ha publicado uno, extremadamente complicado, y por lo tanto, inverosímil; el que á pesar de todo es el único que nos explica la hemiopia y la amaurosis cerebral; éste por el momento es el que debe ser aceptado, porque no se puede pasar sin admitir que hay amaurosis cerebral y hemiopia del mismo origen.

El centro cortical de la vision debe estar muy vecino al del lenguaje, porque en clínica se encuentra muy amenudo la asociacion de las perturbaciones oculares con la afasia. Esta asociacion que se halla tan frecuentemente en la jaqueca oftálmica, se ve tambien muchísimas veces en otras afecciones, de modo que las unas explican las otras, porque todas llevan á la nocion de la proximidad de centros corticales del lenguaje y de la vision. En un caso observado por Armaignac habia afasia completa con hemiplegia y hemiopia derechas (2). Charcot señala casos de coincidencia de la hemiopia lateral derecha con la afasia. Hechos de este género han sido relatados por Bernhardt (3), por Schön (4), por Galezowski (5),

(1) Grasset.—*Études cliniques et anatomo-pathologiques*. Montpellier, 1872, pág. 112.

(2) Armaignac. *Revue clinique d'oculistique*; 4 année, n.º 6, Juin 1883, p. 97.

(3) Bernhardt. *Vorkommen und Bedeutung der hemiopathie bei Aphasischen*. In *Berl. Klini. Wochen.* 1872, n.º 32, y *Centralblatt*, 1872, p. 39.

(4) *Archiv. der Heilkunde*, p. 19, 1875.

(5) *Sur un cas d'hémiopathie chromatique chez un aphasique*. *Socié de biol.* 14 février. *Gaz. méd.* n.º 13, 1880.

Galezowski. *Études sur les amblyopies et les amaurosis aphasiques*. (*Arch. de méd.*, Juin 1876.) Admite tres clases: la 2.ª la componen casos de lesiones de ambos centros por proximidad de los mismos.

por Huguenin. Treitel, Chursmann, Westphal y Pflüger encontraron la afasia unida á la hemiopia derecha, en 4 casos, tres veces á consecuencia de embolia de la silvia.

Hermann Wilbrand dedica un capítulo especial de su monografía (1) á tratar de las relaciones de la afasia con la hemianopsia.

De Capdeville ha hallado la hemiopia unida á la afasia sensorial, pero la localizacion de esta es distinta de la afasia vulgar (2).

Sander ha hallado tambien la union de la afasia con la hemianopia (3). Lo mismo debo decir de Berthold (4).

Grasset refirió en 1873 un caso de union de la afasia con la hemiopia. Existe ademas otra observacion análoga de Dechambre y otra de Craighio de Rato.

Hirsberg ha publicado un caso que Charcot considera, con razon, como de dudosa interpretacion (*Virchow's Archiv.* t. 65, 1 heft., p. 116). Muchos otros autores podria citar, pero ya Féré y Grasset han recogido sus observaciones, y me veria obligado á repetir lo que han dicho ambos excelentes observadores.

En casos que no tienen nada que ver con la jaqueca tambien se encuentra coincidencia entre la hemiopia, la hemiplegia y la hemianestesia, lo que indica tambien vecindad de centros de todas las funciones de cuya abolicion dependen. Charcot ha señalado casos de coincidencia de la hemiopia con la insensibilidad y la parálisis. Huglings-Jakson ha referido un hecho de este género (5). Hoffmann (6) ha relatado una observacion de hemiopia con hemicorea. De Graefe (7) y Quaglino (8) cada uno otra de hemianopia con hemiplegia. Han publicado casos análogos Boucheron y muchos otros, cuyas observaciones pueden leerse en la tesis de Féré y en la última memoria de Grasset sobre este asunto.

(1) Dr. Hermann Wilbrand. *Über Hemianopsie und ihr Verhältniss zur topischen diagnose dergehirnkrankheiten.* Berlin 1881.

(2) De Capdeville. *Note sur un cas d'hémiopie compliquée de cécité des mots.* In *Marseille médicale*, p. 75, 1880.

(3) Sander. *Über Aphasie.* In *Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkr.* II, tomo 60, 1868.

(4) Berthold. *2 Fälle von hémiopie der eine mit link sseitiger Anästhesie, der andere mit Aphasie combinirt.* *Berl. Klini. Wocheus*, 1871, página 46.

(5) *A case of hemiopia with hemianesthesia and hemiplegia.* *The Lancet.* Aug. 29, 1874. p. 306.

(6) *Über hemichorea post hemiplégica.* *Inaug. diss. Strasbourz, Carlsruhe*, 1879, p. 49.

(7) Zehender. 1865.

(8) *Annali di oftalmologia.* 1867.

Sharkey (1) ha referido un caso del mismo género que los anteriores, por lo que acepta que las lesiones corticales de ciertos puntos del cerebro, producen hemianopia en lugar de la ambliopia, que admiten Ferrier y Charcot.

Demostrado el origen cerebral de la hemiopia y que el centro de la vision en la corteza del cerebro debe estar próximo al órgano del lenguaje y de los movimientos voluntarios de los miembros, debemos establecer en qué punto del cerebro reside el centro visual.

Huguenin (2) halló en un caso de hemiopia lateral la lesion en la fosa silvia izquierda. En un segundo caso habia reblandecimiento superficial del cerebro que ocupaba la circunvolucion de comunicacion, descendía hasta la cisura de Silvio y se extendía por detrás de esta última. Para este autor existe detrás de la cisura de silvio un distrito de sustancia cortical en relacion con el órgano de la vista. Hitzig dice que las heridas del cerebro en los perros hechas experimentalmente detrás de la cisura de Silvio dan ceguera lateral.

Inclinan á admitir una localizacion en el mismo punto un caso de Wernher (3) el de Loechner (4), el de Bellouard.

Sin embargo, no siempre la hemianopsia ha dependido de lesiones en el mismo punto. Westphal (5) y Haab han publicado hechos en que la hemianopia homónima de los dos ojos dependia, al parecer, de una afeccion de las capas corticales del lóbulo occipital. Con motivo de estos hechos Dor (6) pregunta si no pueden servir para la localizacion de la hemianopsia en la jaqueca ocular. Reich observó una hemianopia cerebral derecha en un médico de 57 años, la que quedó en *statu quo* durante 4 años. En la autopsia se halló un reblandecimiento cerebral en el lóbulo occipital izquierdo (7).

El caso de Keen y Tompson (*Transact of the American ophtha soc.* 1871, p. 122) y el de Huhges (8) hablan en favor de la localizacion de la hemiopia en el lóbulo occipital.

Muchos otros hechos de ambas localizaciones se encuen-

(1) *Case of homonymus hemianopia. The Lancet* 20 October de 1883, p. 689.

(2) Huguenin. *Ueber Hemiopie*. Discusion consecutiva; Horner, Hitzig. Sociedad de medicina de Zurich, 4 Marzo 1876. (*Corresp-Blatt. f. schweiz. Arzte*, n.º 15, p. 460, 1876.)

(3) *Arch. f. path. anat.*, lib. VI, p. 3, 289.

(4) *Zeitschrift für psychiatrie*, liv. XXX, p. 6.

(5) *Societ. de psiquiatria de Berlin*. 14 Noviembre 1881. (*Archiv f. Psychiatrie*, XIII, I, p. 289.)

(6) *Revue générale d'Ophthalmologie*. 1882, p. 445.

(7) *Interessny i redkiy sloutchoi hemianopii*. (*Medicinskoe obosrenie*. Avril 1882.)

(8) Nagel, 1874, p. 440.

tran citados en las memorias de Féré y Grasset, (las que me han servido muchísimo para este capítulo) de los que algunos son incontestables, pero los más bastante dudosos.

Así, pues. ¿De qué punto enfermo del cerebro depende la hemiopia? Como se vé hay observaciones favorables á una localizacion anterior ó media y otras á una localizacion posterior. ¿Es que no existiría verdadera localizacion del centro visual? ¿Es que esta localizacion variaria en individuos? ¿Es que una de estas dos séries de hechos seria completamente falsa ó mal interpretada? No lo sé; es cuestion muy difícil de resolver. Pero entre la localizacion anterior ó media y la posterior, si por el raciocinio debiera guiarme, creeria más en la anterior, porque casi la demuestran los muchos casos de jaqueca oftálmica con parálisis ó afasia. Féré hace notar que en los casos de lesion occipital, notablemente los de Curschmann y Westphal las lesiones eran tan extensas que llegaban por delante á la parietal ascendente. «El caso de Westphal, añade Féré, es muy claro bajo este punto de vista; tocaba seguramente la region motriz puesto que ha habido convulsiones parciales y parálisis del lado de la hemianopsia. Nos parece probable que la region cuyas lesiones determinan la hemianopsia está comprendida entre el pliegue curvo y el surco de Rolando, es decir, confinando por delante con la region motriz. Convenimos que no es sobre bases anatómicas sólidas que establecemos esta localizacion; pero es ella la que concuerda mejor con los hechos clínicos, en los que se encuentra tan á menudo la hemianopsia ligada á la afasia; y es aun la que mejor puede explicar las asociaciones sintomáticas de la jaqueca oftálmica.»

Comparacion de la jaqueca con otras afecciones.

La jaqueca tiene mucha semblanza y hasta cierta identidad de naturaleza con otras afecciones. Algun parentesco real ó aparente tiene con el zona oftálmico, con la asfixia local de las extremidades, y con la enfermedad de Graves.

Esta analogía se ha hecho ahora más evidente con la tésis de Marie (*Contribution au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow*. Mars. 1883, th. de Paris), y sobre todo con una memoria de Gilberto Ballet. (*De quelques troubles dépendant du système nerveux central observés chez les malades atteints de goitre exophthalmique*, in *Revue de Médecine* III année, n.º 4, 10 abril 1883). En estos trabajos se demuestra la existencia en el curso de la afeccion de Basedow, de parálisis, temblores, cambios de carácter, paresias, convulsiones, afasia más ó menos pronunciada, perturbaciones oculares

(diplopia), síntomas todos que como sabemos pueden presentarse, ó más aun se presentan á menudo en la jaqueca. Hay sin embargo una diferencia; estos síntomas accesorios en la jaqueca son casi siempre intermitentes, si bien que pueden hacerse continuos con más frecuencia de lo que se cree, mientras que en el bocio exoftálmico, exceptuando las convulsiones, los demás son generalmente persistentes, sin que tampoco dejen de observarse de pasajeros. Esto depende de que la jaqueca se ofrece más francamente en forma de accesos que la enfermedad de Graves, que es continua en sus síntomas, con paroxismos ó recrudescencias. Por lo demás, se ha explicado ambas afecciones por un mecanismo análogo, y también parece igual la alteración del sistema nervioso de que dependen directamente los síntomas accesorios supra-mencionados.

En una observación de bocio exoftálmico referida por Panas (*Gôitre exophthalmique; nature et traitement de cette affection*, in Arch. d'ophthalmologie, février 1881), al par que la triada clásica de dicha afección, se encuentran convulsiones, hemiparesia, hemianestesia, y afasia pasajera.

La cefalalgia, y aun la cefalalgia unilateral ó hemicránea se encuentran citadas en muchas observaciones, y no dudo de que más frecuentemente se las mencionaria si los observadores se hubiesen fijado en este síntoma. En una observación de Féreol, resumida por Ballet en su memoria, además del bocio, exoftalmia y palpitaciones, y además de perturbaciones de la sensibilidad general y especial y de la motilidad, como las que á veces complican la jaqueca, existia violenta cefalea con vértigos y vómitos, y con muchas alteraciones del simpático, del cerebro ó del trigémino.

Con la epilepsia y la histeria á veces se confunde.

Liveing dedica el capítulo 4.º de su obra á demostrar las relaciones de la jaqueca con las otras neurosis. Como ellas se transmite hereditariamente ya en el mismo sujeto, ya en las diversos miembros de la misma familia, y alterna en esta herencia con el asma, la epilepsia y la histeria. Termina dicho capítulo describiendo largamente y apoyándose sobre autoridades eminentes la transformación de unas en otras y en el mismo sujeto, de las diferentes neurosis. Así ciertos migrañosos habrían presentado sea epilepsia, sea asma, sea espasmos de las primeras vías respiratorias, sea angina de pecho, sea locura transitoria.

Huglings Jackson ha hallado casi identidad entre la corea y la jaqueca. Como de la corea, también en la jaqueca se han visto casos mortales.

Raullet dice en su tesis que la jaqueca oftálmica puede

coincidir con ciertas neurosis, tales como la histeria y la epilepsia.

Grasset escribe: «La jaqueca debe ser inscrita al frente de las manifestaciones nerviosas que se ven suceder en estas familias, de las que ya hemos hablado, que parecen consagradas á los neurosis de generacion en generacion. El nervosismo no es para nosotros una diátesis, sino que lo más frecuente es la manifestacion de ella, y es esta diátesis fundamental que transmitiéndose del padre al hijo, sirve de lazo de union entre las diversas manifestaciones neurósicas que se observan sucesivamente. Asi vereis hemicránicos volverse epilépticos, engendrar coréicos y aun alienados.

»Estas enfermedades no son independientes las unas de las otras, que se suceden sin relacion de filiacion. No son más que manifestaciones sucesivas de una diátesis hereditaria comun en una familia.»

Hirtz (1) compara la jaqueca á la histeria por la variedad de sus manifestaciones.

Como la jaqueca, la histeria se une á veces á la parálisis general (Regis.) y á la ataxia locomotriz. Como en la jaqueca en la histeria se han visto casos mortales. Como ella, aun sin lesion permanente, tiene localizacion y ambas, á pesar de su desorden aparente, están sujetas á leyes fijas. En mi observacion VI las alteraciones que dejó la jaqueca eran iguales á los síntomas de la histeria.

Baron señala en su buena tésis sobre las ambliopias hísticas, la simultaneidad de los accidentes oculares hísticos y migrañosos, íntimamente relacionados é indeslindables (2).

La epilepsia como la jaqueca puede tener su ataque constituido por un simple vértigo. Como en la epilepsia, hay muchas veces en la jaqueca convulsiones y pérdida de conocimiento. Clarke dice, que antes de los ataques de jaqueca hay sensaciones semejantes al aura epiléptico. En muchos casos la convulsion epiléptica va precedida de perturbaciones visuales como en ciertos casos de jaqueca. La gravedad, que á veces adquiere esta última, la acerca más á la epilepsia, de lo que era posible cuando se aceptaba la completa benignidad de aquella.

Ved aquí lo que dice Féré sobre las relaciones de la jaqueca oftálmica con la epilepsia. «La jaqueca oftálmica coincide á veces con *ataques epileptiformes*, y cosa notable, púedese verla sustituirse á accesos de epilepsia verdadera, lo que podría hacer creer que en ciertos casos constituye una

(1) Hirtz. *Arti. Migraine. in Nouveau. Dict. de méd. et de chir prat.*

(2) Baron. *Sur les amblyopies hystériques.* Thèse de Paris, 1878.

forma de epilepsia larvada: sin embargo no se deben confundir los ataques de *jaqueca oftálmica*, apareciendo separadamente de las crisis epilépticas en el mismo sujeto, con ciertas alucinaciones de la vision que preceden el ataque epiléptico.» Refiere en seguida un caso que ya he extractado anteriormente en que los ataques de jaqueca se atenuaron cuando compareció una epilepsia parcial. Relata otro hecho, que por deseos de acabar pronto, no quiero copiar, en que se ven á las perturbaciones propias de la jaqueca oftálmica y á los ataques epilépticos desenvolverse paralelamente, de tal modo, que era imposible disociar los dos órdenes de fenómenos. Mas allá dice que ciertas jaquecas tienen muy próximo parentesco con la epilepsia. Debo hacer notar, que la epilepsia es actualmente explicada por una patogenia análoga á la de la jaqueca.

Hughlings Jackson cree que eran epilepsias las jaquecas de John Herschel, de Wheatstone, de Hubert Airy, de Wollaston y de Parry. Latham y Airy han notado cierta semejanza de síntomas entre las dos afecciones de que hablo. Copia el primero la relacion de Herschel. «En un ataque, dice éste, que sobrevino mientras que hablaba con un amigo, quedé de tal modo excitado que no tenía ni la fuerza de hablar; la memoria me faltaba de modo que no sé lo que dije á mi interlocutor.» Airy habla así de su propio caso: «Algunas veces la facultad de lenguaje está atacada al mismo tiempo que la memoria. En ciertos casos la boca se desvía». Una jóven cuidada por Latham, creía apercibir espectros colorados, y se quejaba de hormigueos en el brazo y la lengua del lado mismo en que creía ver espectros. Su hermana y su padre estaban afectados del mismo mal. En otro caso el enfermo acusaba sensacion de pellizcamiento y de prurito en el lado correspondiente de la cara. En la mayor parte de estos casos las imágenes y las sensaciones subjetivas iban seguidos de una cefalalgia intensa acompañada de náuseas y vómitos.

Estos y otros hechos análogos, que despues de todo lo que he escrito, han de parecer de lo más comun, inspiraron á Latham la idea de que la jaqueca se parecía á la epilepsia, pero añadía que ambas afecciones se diferenciaban esencialmente en que la jaqueca no amenaza jamás la vida, en que no va jamás acompañada de pérdida de conocimiento y en que no se transforma jamás en epilepsia. Pero en el día de hoy estos argumentos y reparos no tienen ningun valor, porque todos han sido elocuentemente desmentidos por los hechos clínicos. El hecho publicado por Féré en este mismo año prueba que la jaqueca puede terminar por la muerte; otros casos citados en esta Memoria demuestran que la pér-

dida de conocimiento existe en ella, y en cuanto á su transformacion en epilepsia, la muestra más clara é innegable que se posee es mi observacion VII, que á mi ver, bajo este punto de vista, no deja nada que desear. De dicha observacion no diré nada mas aquí, puesto que ha sido estudiada suficientemente en las reflexiones que la siguen.

Lieving cita muchos ejemplos de migrañosos que se volvieron epilépticos. Marshall-Hall, Greene (1) y Sieveking aceptan tambien relaciones muy íntimas entre la jaqueca y la epilepsia.

Dryfus Brisac se pregunta, si teniendo en cuenta que muchos ataques convulsivos de la jaqueca oftálmica, no difieren de la epilepsia verdadera, pues hasta hay en ellos mordedura de la lengua, se debe ver en esta jaqueca una variedad de la epilepsia larvada.

Hamilton es muy afirmativo en lo que se refiere á la íntima relacion de la jaqueca con la epilepsia, puesto que en un reciente escrito dice: «Existe una especie de discrasia, que puede llamarse epiléptica y los ataques de jaqueca cuando son muy repetidos, son muy á menudo los precursores de convulsiones y de locura, que se desarrollan en años posteriores. Para mí es tan evidente esta relacion, que en todos los epilépticos investigo si antiguamente padecieron de jaqueca (2).»

De todo lo que me es permitido deducir que tales íntimas relaciones no cabe en lo posible negárlas actualmente, y que quizás se llegará á demostrar que ambas afecciones no son más que formas clínicas distintas de una misma enfermedad.

Cuatro palabras acerca de ciertos hechos difíciles de clasificar.

Se encuentran en la literatura médica infinidad de observaciones, poco ó nada comprendidas por los que las refieren, y que bajo algunos puntos de vista pueden colocarse dentro del cuadro de la jaqueca, aunque por otros se separan de la misma. Débense tener en cuenta estos hechos, porque si no son de jaqueca, tienen mucho parentesco con esta, y bajo ciertos aspectos contribuyen al mejor conocimiento de la misma.

(1) Greene. *Jaqueca y epilepsia.* (*Journal of mental science*, 1874.)

(2) *Note upon the treatment of migraine by Allan Mac Lene Hamilton.* *New-York, Medical Journal.*—November, 17.—1883.

Tomemos como ejemplo uno cualquiera de estos hechos. Sea el referido recientemente por Duboys (1).

«M. S., de 30 años, cochero, se presenta en 6 de Julio de 1883 á la clínica, con el ojo fijo, inmóvil, mirando hácia adelante, con los ojos «que parecían salir de la cabeza». Examinándolo atentamente se nota que el enfermo tiene una acuidad visual igual á $\frac{2}{3}$ en el ojo derecho y á $\frac{1}{2}$ en el ojo izquierdo; le es imposible ver los objetos que estan cerca, y se comprueba, en efecto, una parálisis completa de la acomodación con midriasis en los dos ojos. Los movimientos de los globos son absolutamente imposibles en todos los sentidos y se comprueba una oftalmoplegia de los dos ojos. El enfermo es inteligente, responde bien á todas las cuestiones y he aquí lo que nos cuenta:

«Hace seis años aproximadamente, trabajando en el campo, sintió violentos dolores de cabeza que duraron cuatro ó cinco dias. Veía los objetos dobles y notó que su párpado izquierdo tenia dificultad en elevarse. Su patron le envió á París para que consultáse á Sichel, quien le aplica sucesivamente siete vejigatorios en las sienas, en ambos lados, á consecuencia de lo que hubo una ligera mejoría, y poco despues desaparicion completa de los accidentes. El enfermo volvió á sus trabajos. Desde este tiempo, los mismos accidentes vuelven cada primavera, despues viene una mejoría espontánea, pasado un mes de perturbaciones oculares.»

«Hace cinco años este enfermo entró de cochero en la compañía de omnibus, despues en las pompas fúnebres, y pudo, á pesar de estos accidentes, cumplir su cometido bastante bien, cuando hace seis semanas tuvo una recaída. El enfermo se decidió á consultar á Wecker. Fué cuidado durante algun tiempo por este práctico, despues se presentó en la clínica de los *Quinze Vingts*, donde se comprobó; ptosis de los dos párpados superiores con dilatacion de las pupilas, que sin embargo reaccionan un poco á la luz. Imposibilidad absoluta de mirar sea arriba, sea abajo, sea afuera, sea adentro. La mirada está invariablemente fija hácia adelante. El enfermo acusa un poco de diplopia. La sensibilidad está conservada en todas partes. El exámen oftalmoscópico es absolutamente negativo. No hay antecedentes sifilíticos manifiestos. A 14 años tuvo ataques de reumatismo articular agudo. Despues, muy frecuentemente, tuvo dolores reumáticos en las articulaciones; crujidos en las rodillas. Los dedos

(1) Duboys. *Paralysies oculaires*. Bullétin de la clinique nationale ophthalmologique de l' Hospice des quinze-vingts. Tome 1.º, n.º 3. Juillet-September 1883. p. 125.

están deformados, y presenta una subluxacion de la articulacion falango-falangínica del índice izquierdo. Se le da una solucion yodurada á dosis progresivas. Algunos dias despues el enfermo se ve afecto de parálisis de la faringe con anestesia completa. Los alimentos y las bebidas refluyen por la nariz. Dificultad muy grande en el deglutir.

«En este momento el enfermo fué trasladado al servicio de Duguet, en Lariboisière, donde se le electrizó durante algunos dias. Su estado parecía mejorar; tragaba más facilmente, cuando de súbito se declaró una pereza del brazo derecho; los músculos de la respiracion se afectan á su turno, y bien pronto el enfermo no puede respirar aun teniendo la cabeza más baja que el cuerpo. Durante dos dias se practica la respiracion artificial y el enfermo sucumbe al fin con todos los síntomas de la asfixia.

«La autopsia rigurosamente practicada no deja ver más que una congestion ligera de las meninges sin lesion de los centros nerviosos, cerebro, bulbo y médula espinal».

Se parece este hecho á la jaqueca por la causa probable (reumatismo), por lo transitorio de los síntomas, por la cefalalgia, por las parálisis análogas á las que ya hemos descrito, pero no se trata de verdadera jaqueca, porque no concuerda con esta la mucha duracion de los ataques. Sin embargo, en algunos casos de Charcot se nota una larga duracion de los accesos, sin que ni por un momento se dude de que se trata de jaqueca. En la misma autopsia solo se encontraron perturbaciones vaso-motoras, lo que concuerda muy bien con la sencilla anatomía patológica que se admite en la jaqueca. Acercando á esta el caso que acabo de referir, aunque sin llegar á confundirlo con ella, nos explicaremos el mecanismo de la muerte en la jaqueca, puesto que el único caso bien observado hasta ahora, ó sea el de Féré (1883) no pudo ir seguido de necropsia. En ambos casos la muerte se debió probablemente á simples perturbaciones vaso-motoras que afectaron profundamente los orígenes del pneumogástrico. Asi permite creerlo la autopsia del enfermo de que acabo de ocuparme extensamente. Hé aquí, pues, un ejemplo de como las enfermedades afines á la jaqueca pueden contribuir á ilustrar la historia clínica y anátomo-patológica de esta última afeccion.

*Determinacion exacta del valor de la expresion
«Jaqueca oftálmica.»*

Para que sea tal, deben existir perturbaciones de la sensibilidad especial del ojo. Una parálisis de los músculos ocu-

lares (alteraciones pupilares, id. de la acomodacion, propulsion del globo del ojo hacia adelante, estrabismo, caída del párpado superior, diplopia, etc.), pertenece á la *jaqueca parálitica*, si al mismo tiempo no hay alteracion en la sensibilidad especial del aparato visual.

CONCLUSIONES.

1.º La jaqueca oftálmica es conocida desde el siglo pasado, y ha sido muy bien descrita en este por excelentes observadores anteriores á Galezowski.

2.º No es una especie morbosa distinta sino una variedad de la jaqueca comun.

3.º Prueban la identidad de la jaqueca ordinaria con la oftálmica muchísimas razones. Entre estas son las mejores: la identidad etiológica, sintomática, de gravedad, de tratamiento, de patogenia, de marcha y de duracion. Pruébalo además el que existan formas de transicion que sin límite aparente conducen de una á otra; el que existan ataques de ambas clases en un mismo individuo y por fin que se transformen una en otra por la herencia.

4.º Son jaquecas oftálmicas, muchos escotomas centelleantes y hemianopsias transitorias no seguidas de cefalalgia.

5.º Desde Galezowski acá apenas se ha dicho nada de la jaqueca oftálmica, que no lo hubieran notado los autores anteriores.

6.º Hay muchas formas de jaqueca, y todas ellas pueden existir sin cefalalgia.

7.º La jaqueca tiene intimas relaciones con muchas neurosis, pero sobre todo con la histeria y epilepsia.

8.º La jaqueca es una neurosis del gran simpático, producida casi siempre por herencia, diátesis ó perturbaciones digestivas. Esta neurosis influye sobre la circulacion encefálica por medio de los vaso-motores que del simpático parten.

9.º La localizacion encefálica de estas perturbaciones circulatorias es lo que determina los síntomas, que son muy variados.

10. La jaqueca es una afeccion de una rica sintomatología. Produce á veces parálisis, convulsiones, amnesia, locura, pérdida de conocimiento, afasia, anestesia, sordera, pérdida del gusto, anosmia, ambliopía, hemianopsia, convulsiones, hórmiqúeos, etc., etc.

11. Todos estos síntomas se notan mas frecuentemente en la llamada *jaqueca oftálmica*, la que cuando va acompa-

ñada de síntomas no oculares de los que he citado, debería llamarse *jaqueca complexa con perturbaciones visuales*.

12. La jaqueca está sujeta á leyes fijas. Sus localizaciones cerebrales imitan los transtornos orgánicos; así en ella la afasia nunca se asocia con parálisis á izquierda.

ULTIMAS REFLEXIONES.

Bueno será que Féré se convenza de que en el momento actual de la ciencia se considera más natural, más útil, más práctico buscar las relaciones, las analogías, las identidades patogenéticas entre afecciones al parecer distintas, que separarlas, aislarlas de un modo absoluto, multiplicarlas en exceso. Esto último se presta demasiado á la arbitrariedad y á la confusión mientras que de lo primero se obtienen resultados sorprendentes y de mucha utilidad. A la misma jaqueca se le han encontrado puntos de enlace, grandes semejanzas, identidades de mecanismo con tan distintas afecciones como la epilepsia, la corea, la asfixia local de las extremidades, y el histerismo; y no se tardará mucho indudablemente sin que se encuentren formas de transición entre la misma y la enfermedad de Basedow, y quién sabe si con el zona oftálmico. Faustino Roël ha demostrado la identidad de muy distintas afecciones; Basilio Féris, lo ha hecho con el beriberi y el mixedema; otros con el latirismo y el beriberi, y mi amigo Apolinario (1) con la lepra, la esclerodermia y la asfixia local de las extremidades. Así pues, en el momento nosológico actual, no se deben aceptar nuevas especies morbosas, sino cuando estén muy fundadas, cuando se presenten con una sintomatología ó una naturaleza tan perfectamente acentuada como las inmortales creaciones del no igualado Duchenne de Boulogne.

ADICION.

Impresa ya toda la Memoria, he podido recoger la siguiente historia clínica:

OBS. X. Buenaventura Carreras Solá, estudiante de Medicina, que lee muchas horas al día, y que dedica gran parte de éste á estudios microscópicos, me ha enviado las siguientes apuntaciones acerca de su afección:

«Hace dos meses se me presentó, por vez primera: casi de repente me quedé sin ver más que en la mitad izquierda

(1) Bertolomé Apolinario. *Lépre, sclerodermie et asphixie locale des extrémités*. Montpellier. 1881.

del campo visual, notando en la otra mitad manchas y rayos luminosos ondulantes que me impedían distinguir los objetos, ya los observaba con los dos ojos, ya con uno solo. Poco después sentí malestar, dolor como de compresión del cerebro, pesadez de estómago y náuseas. A las tres horas cesó todo esto poco á poco y quedé como antes del ataque, sin experimentar la menor molestia en el resto del día y en los siguientes, hasta que tres semanas más tarde se repitieron los mismos fenómenos visuales seguidos de fuerte dolor de cabeza.

»Cinco días después se me presentan de nuevo y de un modo muy intenso los síntomas ópticos, pero con menos dolor de cabeza. Al día siguiente por la noche vuelven á aparecer únicamente los fenómenos ópticos, pero menos acentuados. En estos últimos quince días no ha habido ninguna novedad.»

Hasta aquí la nota del enfermo. Pero éste me ha referido un detalle de su afección, que no se atrevió á describir por escrito, por no existir palabras bastante á propósito para darlo á comprender debidamente. Dice que surcaban la parte oscura del campo visual durante el período de hemiopia, líneas muy luminosas curvas con la convexidad arriba, finamente onduladas ó dentadas, con los dientes iguales, que marchaban con vertiginosa velocidad de izquierda á derecha, una detrás de otra, de modo, que al decir del enfermo, este incesante movimiento, esta ininterrumpida procesión de zics-zacs luminosos, le fatigaba extremadamente, y era, según él, la única causa de sus náuseas y de su dolor de cabeza. Dibujó estas líneas y ví que eran iguales á las publicadas por Airy. Sobreviniéronle estos fenómenos en tiempo en que abusaba de los estudios microscópicos; han cesado ahora que ha disminuido, á causa de ellos, las horas de trabajo.

Reflexiones.—Si no existieran, en este caso, los zics-zacs característicos de la jaqueca oftálmica, se podría tomar este hecho por una simple cefalalgia ocular no migrañosa, pero dada la presencia de líneas onduladas luminosas, debemos admitir que en esta observación se trata de verdadera jaqueca oftálmica originada por el exceso de estudio, y como algunos de los casos publicados por Weir-Mitchell, por cansancio del aparato visual.

ÍNDICE.

	Págs.
1.º MENINGITIS GRANULOSA.	1
I. <i>Caso clínico.</i>	1
II. <i>Comentarios.</i>	5
A. El sarampion como causa de meningitis granulosa.	5
B. Curabilidad de la meningitis granulosa.	11
C. Dificultades en el diagnóstico.	12
D. La meningitis granulosa no es siempre tuberculosa.	27
E. Curabilidad de la tuberculosis.	37
F. Recidivas de la meningitis granulosa.. . . .	43
G. Diagnóstico.	45
H. Su tratamiento por el yoduro potásico.	47
I. Afasia en la meningitis granulosa.	56
J. Localizaciones cerebrales en la misma.	64
K. Conclusiones.. . . .	68
2.º EL CREMÁSTER CONSIDERADO COMO ESTESIÓMETRO.	70
3.º LA ESPERMATORREA Y LA IMPOTENCIA POR INFLUENCIA SPI- QUICA.	71
4.º EPILEPSIA PSEUDO-GÁSTRICA..	81
5.º CASOS DE AFASIA Y ANTONOMASIA.	91
I. <i>Antonomasia producida por la tenia.</i>	96
II. <i>Exostosis sifilítica del temporal izquierdo; afasia.</i>	97
III. <i>Afasia por emocion acompañada de paresia de las estremida- des izquierdas.</i>	98
IV. <i>Afasia dependiente de anemia ó histeria.</i>	99
6.º CASOS DE PARÁLISIS POR COMPRESION.	104
I. <i>Paraplegia y neuralgia ciática doble durante el embarazo.</i>	104
II. <i>Parálisis del brazo derecho por compresion del plexo bra- quial, ejercida por una muleta.</i>	108
7.º CASO DE URTICARIA CRÓNICA.	110
8.º LA FOTOPARESTESIA Y LA LOCURA DE SÓCRATES.	116
9.º LA JAQUECA OFTÁLMICA.	119
I. <i>Observaciones inéditas.</i>	119
II. <i>Revista general.</i>	132
A. <i>Definicion y denominacion.</i>	132
B. <i>Apuntes históricos y bibliográficos.</i>	135

	<u>Págs.</u>
C. Exposicion de lo que se sabe y critica de lo que se opina acerca de la jaqueca oftálmica.	156
a) Sintomatología.	157
b) Etiología.	185
c) Jaquecas oftálmicas sintomáticas.	188
d) Pseudo jaquecas oftálmicas.	188
e) Frecuencia de la afeccion.	190
f) Duracion y frecuencia de los accesos.	190
g) Terminacion y complicaciones de la jaqueca oftálmica.	191
h) Tratamiento.	205
D. La jaqueca oftálmica no es más que una modalidad de la jaqueca ordinaria.	207
a) Etiología de la jaqueca no oftálmica.	207
b) Sintomatología de la misma.	208
c) Jaquecas de transicion.	216
d) Ataques de distintas jaquecas en un mismo individuo.	217
e) Gravedad de la jaqueca no oftálmica.	218
f) Patogenia de la jaqueca oftálmica y de la no oftálmica.	219
g) Patogenia de la jaqueca en general.	227
h) Localizaciones cerebrales de la jaqueca.—Division de la especie morbosa en distintas variedades.	229
i) Localizacion cerebral de la hemianopia; explicacion de su frecuente asociacion con la afasia y las parálisis.	231
j) Relaciones de la jaqueca con otras afecciones.	235
k) Cuatro palabras acerca de ciertos hechos difíciles de clasificar.	239
l) Determinacion exacta del valor de la expresion «Jaqueca oftálmica».	241
E. Conclusiones.	242
F. Últimas reflexiones.	243
G. Adicion.	243