

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO

CONTRIBUCION

AL ESTUDIO DE LAS

CONGESTIONES CEREBRALES

DE CAUSA CENTRAL

TÉSIS

Que para el exámen general de Medicina, Cirujía y Obstetricia
presenta al Jurado Calificador

GUILLERMO PARRA



MÉXICO

TIPOGRAFIA LITERARIA DE FILOMENO MATA

Esquina de San Andrés y Betlemitas, números 8 y 9

—
1883



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

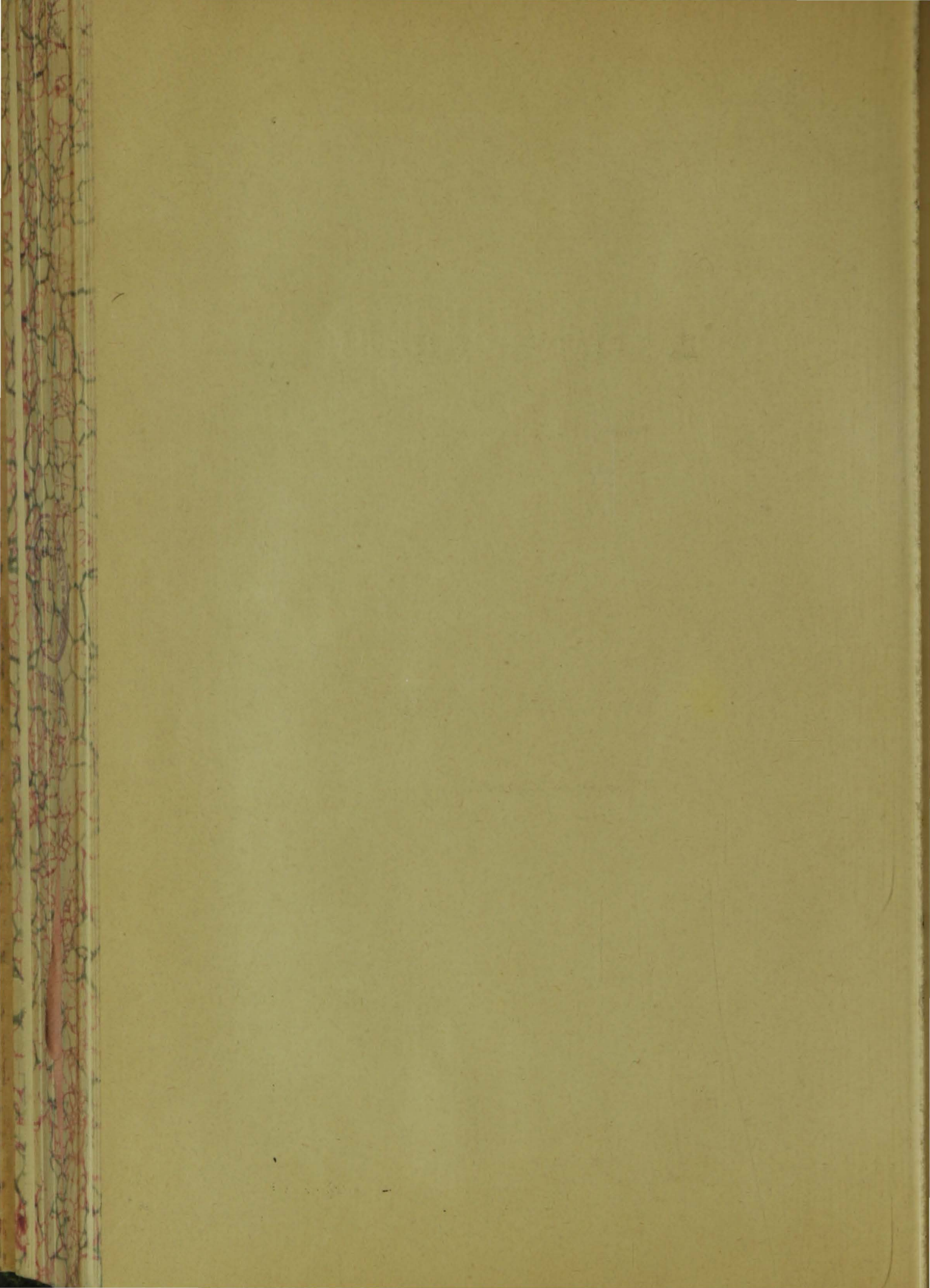


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



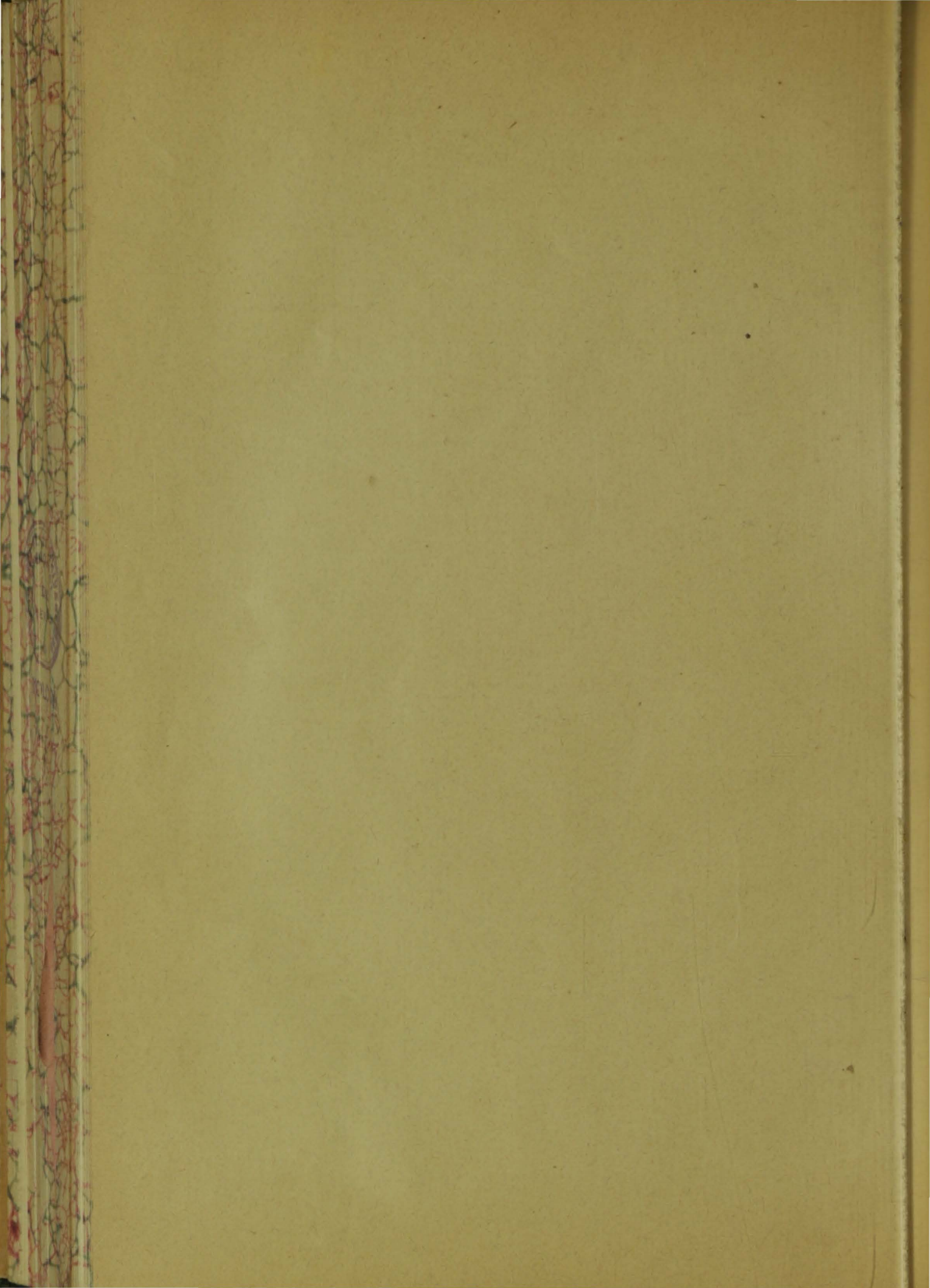
A MI PADRE

Tributo de amor y respeto



A MI MADRE

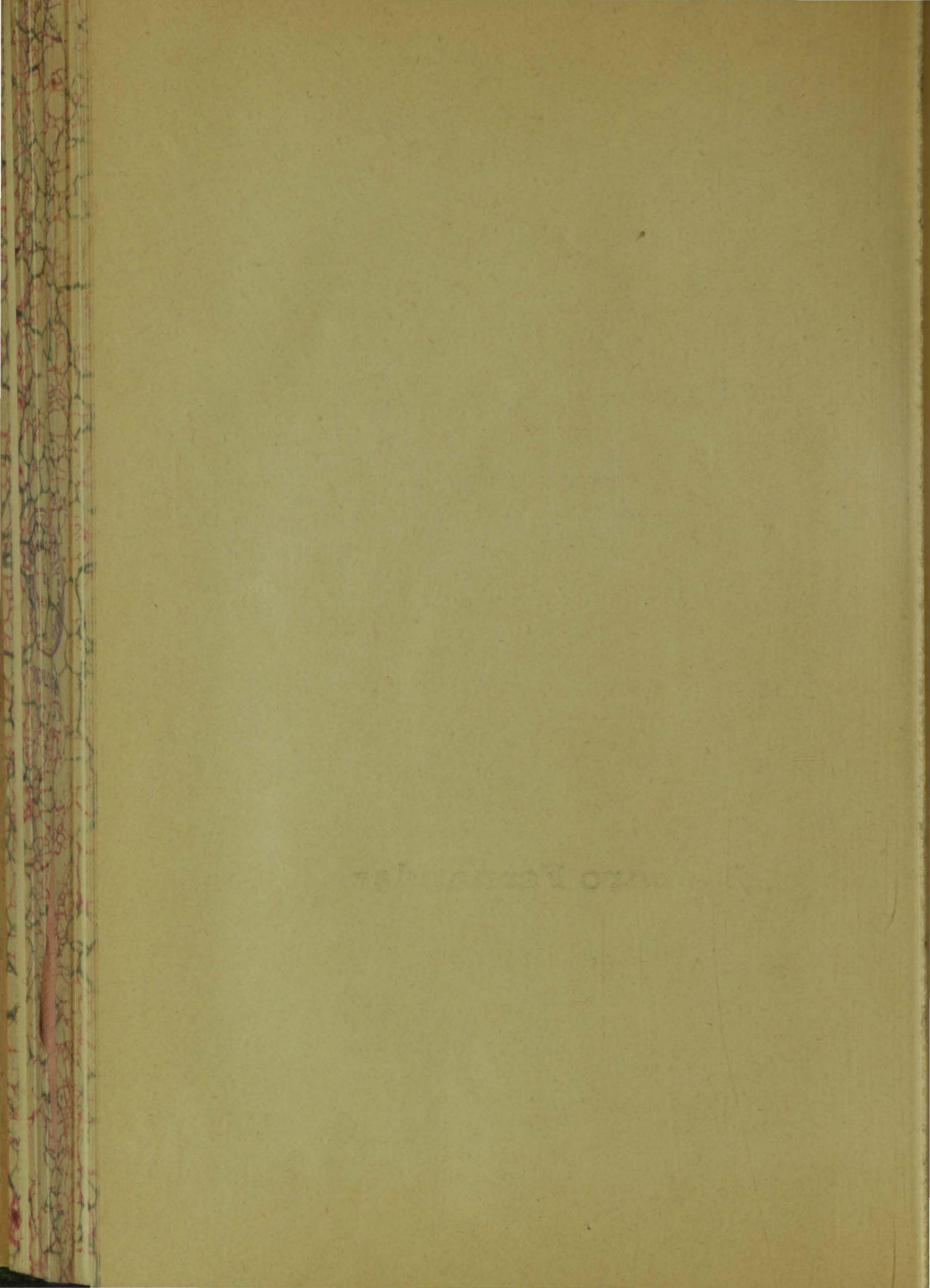
Homenaje de adoracion



A LOS SEÑORES DOCTORES

ANGEL GUTIERREZ Y RICARDO VERTIZ


Admiracion y respeto



AL SEÑOR DOCTOR

Santiago Zubiria

Testimonio de gratitud



AL SEÑOR INGENIERO

Leandro Fernandez

Sincero cariño y profunda gratitud



The page is otherwise blank, showing signs of age and wear, including a faint horizontal line near the top and some minor discoloration.

INTRODUCCION

LA frecuencia con que las lesiones cardiacas se presentan en los hospitales es una triste verdad que nos consta á todos los que nos dedicamos al estudio de las ciencias médicas. Los trastornos que estas lesiones engendran en los diversos aparatos son tan múltiples y tan variadas, que Peter ha llegado á decir que no conoce enfermedad más generalizada que una lesion cardiaca. Enumerar todos los trastornos y estudiarlos todos en este trabajo, sería empresa superior á mis fuerzas y que no podria llenar debidamente. Me limito á estudiar las congestiones cerebrales de causa cardiaca, por ser un punto poco estudiado y en mi concepto de la más alta importancia.

No tengo la pretension de haber llenado un vacío en la ciencia. Cumplo con la ley, señalo á observadores más concienzudos un punto de estudio; mi trabajo es sólo una contribucion.

I

En el acto circulatorio, hay dos factores que considerar: el corazon, órgano de impulsión, y los vasos, órganos de transporte, de regularización y de distribución; estos dos factores están unidos de tal manera, que el trastorno en las funciones del uno trae siempre el trastorno en las funciones del otro. Cyon ha probado de una manera concluyente que el corazon obra sobre los vasos y éstos sobre el corazon: corta el nervio que se conoce con el nombre de nervio sensitivo del corazon ó nervio de Cyon, nervio que tiene su origen por una parte en el laríngeo superior, y por la otra en el neumogástrico; irritando el cabo periférico, ningun efecto se produce; pero cuando es el cabo central el que se irrita, el animal arroja un grito, y lo que es más importante, se disminuye la presión de la sangre; es pues, probable, que en el estado normal la irritación obra sobre los nervios esplácnicos por acción refleja de la manera siguiente: la irritación se trasmite al cerebro, donde se refleja sobre la médula, después sobre el gran simpático, luego sobre los esplácnicos y de allí sobre las paredes de los vasos.

Tenemos desde luego, que una modificación en la presión intravascular por acción de la contractilidad y de la elasticidad del vaso, trae una modificación en las contracciones del corazón, y que una modificación en la presión intracardíaca obrando sobre las paredes del corazón, trae una modificación en la tensión arterial obrando por el sistema de acción refleja que hemos descrito.

En el estudio de las congestiones cerebrales que vamos á emprender, hay que tener siempre en cuenta esta unión tan íntima del corazón con los vasos.

En el primer período de las enfermedades del corazón, ya se trate de una lesión de orificio ó de una lesión valvular, los trastornos son puramente físicos y todo se reduce á perturbaciones circulatorias; pero estos trastornos físicos acaban por traer alteraciones materiales y físicas de los vasos que reciben la sangre impulsada por un corazón enfermo.

Bajo el punto de vista que estudiamos las lesiones cardíacas, la forma de la lesión estrechamiento ó insuficiencia no tiene importancia: que la sangre penetre en menor cantidad en una cavidad del corazón por estrechamiento del orificio de entrada ó que una parte de la sangre que ha penetrado vuelva á la cavidad ó al vaso que

ocupaba ántes, por insuficiencia de la válvula que cierra esta comunicacion, el resultado es el mismo, plétora y por consiguiente una presión mayor y una tensión más considerable en los vasos ó en las cavidades que están situadas atrás de la lesión.

En cuanto al sitio de la lesión, tiene alguna importancia, porque los trastornos que nos proponemos estudiar tardarán más ó menos en presentarse según el lugar que ocupe esta lesión. Esta importancia se comprenderá mejor una vez que hayamos dado á conocer los trastornos que se producen consecutivamente á las lesiones del corazón izquierdo y del corazón derecho.

CORAZON IZQUIERDO.

Es evidente que el obstáculo á la circulación intracardiaca izquierda provoca una dilatación en el sistema de las venas pulmonares, y por consecuencia, mayor tensión en este aparato venoso, que se encuentra invadido por dos corrientes sanguíneas, la corriente que vuelve del corazón y la que llega de los capilares; este aumento en la tensión, pone en juego la elasticidad y la contractilidad de los vasos de este sistema que á la larga acaban por agotarse, de donde resulta la dilatación de la arteria pulmonar y de sus capilares. La dilatación de esta arteria hace aumentar la frecuencia en los latidos del co-

razon segun la experiencia de Marey, y la mayor frecuencia de las contracciones produce la hipertrofia. Por otra parte, la pérdida de la elasticidad arterial tiene un efecto inmediato sobre el ventrículo aferente; porque si la elasticidad de las arterias no añade nada á la suma de las fuerzas que impulsan la sangre hácia las extremidades, disminuye las resistencias que la sangre tiene que vencer al pasar del corazon á los vasos; esto dice Marey y lo ha probado con la experiencia: toma dos tubos, uno inerte y el otro elástico, los dos reciben líquido por unade sus extremidades y este líquido les llega de una manera intermitente en el mismo espacio de tiempo, el tubo elástico ha sido atravesado por una cantidad mayor del líquido que el tubo inerte; por consecuencia la pérdida de la elasticidad arterial aumenta la resistencia á la circulacion y trae como consecuencia inmediata la hipertrofia del ventrículo aferente. Así tenemos dificultad en la circulacion de la arteria pulmonar produciendo la dilatacion del ventrículo derecho, y de una manera progresiva la dificultad circulatoria en las venas de la gran circulacion, y por consecuencia para el sistema de la aorta y para el ventrículo izquierdo la misma serie de trastornos que hemos dado á conocer para el sistema circulatorio de la arteria pulmonar.

CORAZON DERECHO.

Cuando la lesion primordial se sitúa en el corazon derecho, los trastornos circulatorios son los mismos que en el caso anterior; solamente que estos trastornos se presentan desde luego en la gran circulacion y su pronóstico es por consiguiente más grave; es, como dice Peter, „el círculo morboso que tiene que recorrer la lesion; es el mismo, solamente que ha empezado por el fin.“

La importancia de nuestra division, segun el sitio, se relaciona, sobre todo, al pronóstico.

Por todo lo expuesto vemos que el ventrículo izquierdo, hipertrofiándose es el compensador de todos estos trastornos, y que esta hipertrofia está íntimamente ligada al trastorno circulatorio de los capilares, es decir, que el ventrículo se hipertrofia por la lucha con el obstáculo y no para luchar con este obstáculo. Tres casos se pueden presentar.

1. El ventrículo izquierdo, á pesar de su hipertrofia no compensa el trastorno circulatorio, el obstáculo persiste y la tension venosa se hace mayor.

Toda congestion en este caso es pasiva.

2. El ventrículo izquierdo hipertrofiándose compensa el trastorno circulatorio, y todas las funciones de los órganos vuelven al estado normal mientras dura la compensacion. En este

período de compensacion pueden presentarse congestiones activas y congestiones pasivas. Toda causa que obrando de una manera directa ó indirecta traiga el aumento en el número y la energía de las contracciones del corazon traerá siempre un aumento en la tension arterial y esto en una escala mayor que en el estado normal, puesto que se trata de un corazon hipertrofiado; este aumento de tension en el sistema arterial aórtico puede propagarse hasta los capilares de los órganos y éstos presentan el cuadro de la congestion activa. De la misma manera toda causa que debilite la energía de las contracciones del corazon, traerá un aumento en la tension venosa y las congestiones que se realicen serán pasivas.

3 El ventrículo izquierdo se hipertrofia de una manera exagerada y sobrepasa el obstáculo que tenia que compensar; este aumento en la impulsión cardiaca, que á veces es muy considerable, se propaga hasta los capilares produciendo la congestion activa en una escala relacionada con el desarrollo de la hipertrofia.

En estos dos últimos casos, el ventrículo cuando se ha dejado dilatar y que ha agotado su fuerza contráctil, hay disminucion en la tension arterial y aumento en la tension venosa y pudiéramos decir que en el último período de

las enfermedades del corazón todas las congestiones que se producen son pasivas.

La manera con que obran estos trastornos circulatorios en el cerebro, se podría decir que era la misma que en los otros órganos; pero hay algunas particularidades que le permiten prestarse de una manera admirable á las congestiones. Recibe su sangre por cuatro gruesas arterias que se ramifican al infinito y hacen del cerebro uno de los órganos más ricos en circulación que posee la economía; las arterias que la nutren son casi todas terminales, las anastomosis son raras, al grado de haberse negado su existencia; de aquí resulta que todo cambio en la tensión arterial se propaga á los capilares cerebrales, y esto con cierta facilidad por la existencia del líquido céfalo raquidiano y la facilidad con que este líquido se desaloja dejando su lugar á la sangre.

Las venas son múltiples y presentan numerosas anastomosis de aquí resulta un fácil escurrimiento de la sangre venosa, ayudada en mucho por la pesantez; pero cuando las venas cavas encuentran un obstáculo para su depleción, la tensión en las venas cerebrales aumenta, realizándose la congestión pasiva con cierta facilidad debida á la riqueza del órgano en vasos venosos.

II.

SINTOMAS

Congestion activa

Muchas divisiones se han hecho de la congestion activa; nosotros admitimos tres períodos y tres formas que sólo son caracterizadas en el segundo período: las formas que admitimos son la forma apopléctica, la forma epiléptica y la forma maniaca.

Todas estas formas se pueden presentar sin ser precedidas del primer período que en este caso falta, pero lo ordinario es que las anteceda y en este primer período la distincion de las tres formas es imposible; importa conocerlo bien, porque aplicando una medicacion apropiada se puede impedir que estallen los síntomas del segundo período.

PRIMER PERIODO.

En el número de síntomas del primer período de la congestion cerebral activa, es preciso señalar en primer lugar el insomnio que

por mucho tiempo puede ser el único trastorno que llame la atención del enfermo que se acuesta con un sentimiento de fatiga profundo creyendo dormir toda la noche, y se sorprende de haber dormido sólo una ó dos horas y esto en un sueño interrumpido por pesadillas; el resto de la noche está agitado y cambiando á cada momento de lugar en su cama; sus ideas son más ó ménos incoherentes y penosas. Al levantarse está abatido é incapáz de todo trabajo físico ó intelectual y necesita un verdadero esfuerzo para resolver las cuestiones más simples; los problemas de aritmética más sencillos son para él un trabajo bien difícil.

Bien pronto las perturbaciones intelectuales vienen á ser más marcadas; las ideas son confusas, sin asociacion lógica; la memoria comienza á debilitarse, sobre todo, el recuerdo de los hechos más recientes; parece que el enfermo tiene tendencia á olvidar las palabras ó á sustituirlas por otras semejantes en su pronunciacion ó en su escritura; recuerda difícilmente el nombre de los lugares y de las personas. Devilé indeciso en sus juicios, la determinacion, la más formalmente expresada es cambiada por otra ú olvidada y ésto sin razon apreciable. En los casos que exigen poca reflexion, el enfermo no puede llegar á tomar una determinacion violenta.

Este esfuerzo de espíritu hace al pensamiento más difícil, más confuso y aumenta el dolor de cabeza, que por lo general experimenta desde el principio. Puede haber ilusiones y alucinaciones y otras perturbaciones; pero estos fenómenos no son constantes. El enfermo se rie de imágenes absurdas que ha creído ver, ó de ideas que han venido á su espíritu, pocos minutos ántes. Algunos ven apariciones y oyen voces, estando plenamente convencidos de lo incierto de sus sensaciones subjetivas.

Las facultades afectivas participan de este desórden general de la inteligencia, las causas más fútiles y más ligeras pueden despertar impresiones morales muy vivas. Esta disposición de espíritu no tarda en modificar el carácter.

Con estas perturbaciones intelectuales coexisten ciertos síntomas físicos, resultando del mismo trastorno cerebral, tales son: la cefalalgia, un sentimiento de calor, de plenitud, ó de compresion ó bien censacion de constriccion al rededor de la cabeza; el vértigo es muy frecuente y puede ser bastante intenso para impedir al enfermo todo movimiento.

En algunos casos, la cefalalgia constituye el síntoma principal y existe casi siempre. Los enfermos se quejan de zumbidos de oídos y

algunos creen oír ruidos sordos. Algunas veces tienen la impresión de puntos luminosos, debidos á la excitación subjetiva de la retina y otras veces ven manchas negras que molestan la visión. El exámen oftalmoscópico hace ver los vasos retinianos, aumentados en número, y en diámetro y en flucsuosidades y algunas veces la pupila congestionada.

Existen sufusiones en la conjuntiva, las pupilas son contraídas, el ojo no puede soportar la luz, el movimiento de los globos oculares es doloroso, los ruidos fuertes son muy desagradables, la cara es vultuosa, las carótidas y las temporales laten con fuerza, los epístasis son frecuentes.

La motilidad es menor, por lo general es un lado del cuerpo el único atacado en su motilidad, el enfermo experimenta en el brazo y en la pierna, pesadez, hormigueo, picoteo ó entorpecimiento; estas sensaciones pueden estar limitadas á la cara ó al tronco. El exámen de la sensibilidad por el compas, muestra que las sensaciones en el lado atacado son más obtusas que en el lado sano.

La fuerza muscular generalmente está devilitada, y esta devilidad puede limitarse á ciertos músculos, de preferencia al tibial anterior y al deltoide, lo que se prueba por el trabajo que tiene el enfermo para levantar su pierna ó

su brazo. En la cara y en la lengua no hay trastornos apreciables por la vista; pero haciendo hablar al enfermo se nota cierta dificultad en la pronunciación de algunas palabras, sobre todo, cuando hay labiales y linguales. La articulación de las palabras es lenta y penosa, y algunas veces el enfermo suprime sílabas completas.

El pulso es normal, el apetito es caprichoso, las digestiones son laboriosas, hay costipación, la orina es poco abundante y fuertemente coloreada y contiene oxalato de cal.

Todos estos síntomas pueden hacer variar mucho el cuadro del primer período, faltando unos, y otros tomando una intensidad, que obligan muchas veces al enfermo á hacer cama; pero por regla general los enfermos no abandonan del todo sus ocupaciones.

SEGUNDO PERIODO

Forma apoplética

Esta forma, como lo hemos dicho, principia algunas veces de una manera violenta y sin ser precedida por el primer período; pero la regla es que éste siempre la preceda; en uno y otro caso, estalla con cierta violencia: el enfermo que paseaba en la calle, se siente vacilar,

pierde el conocimiento y cae; esta pérdida del conocimiento rara vez es completa y en general no dura sino algunos minutos, pero puede prolongarse por algunas horas.

Existe siempre una parálisis pasajera que casi siempre se limita á un miembro ó á un lado del cuerpo, rara vez se generaliza y nunca viene á ser completa porque el enfermo puede siempre mover alguna parte de su cuerpo; la cara es raramente interesada, las respuestas son breves y la palabra confusa y de difícil articulación.

La respiración es ruidosa, lenta, raramente estertorosa y mas raro aún que las mejillas y los labios sean movidos como velos inertes.

El pulso es lento, duro y lleno, la cara es algunas veces inyectada y otras veces presenta una palidez extrema. Los esfínteres por lo general conservan su integridad funcional, los sentidos, á pesar de estar debilitados pueden reobrar bajo la influencia de los exitantes exteriores; un rayo de luz proyectado directamente sobre el ojo, parece muy penoso al enfermo que cierra instintivamente sus párpados; todo ruido fuerte es insoportable y cuando se le pincha uno de sus miembros, lo retira.

La inteligencia es obtusa, y algunas de sus facultades son totalmente abolidas; el enfermo responde de una manera breve á las preguntas

que se le dirijen en alta voz; pero todo esfuerzo intelectual es imposible.

El ataque se disipa poco á poco, dejando al enfermo en un estado de depresion intelectual y física, que dura algunos dias. La parálisis desaparece por completo, pero puede persistir.

La terminacion no siempre es tan favorable, los vasos del cerebro pueden permanecer congestionados y producirse una estravasacion que traiga la muerte sin lesion vascular.

Forma epiléptica.

Como en la anterior, esta segunda forma de congestion cerebral puede estallar de una manera súbita ó ser precedida del primer período de las congestiones. Los síntomas del acceso no difieren mucho de los que acompañan el ataque de epilepsía ordinaria; no hay aura ni grito inicial; pero se encuentran el mismo espasmo tónico y las mismas convulsiones clónicas que pueden limitarse á una mitad del cuerpo, ó ser seguidas de parálisis pasajera; el estupor se observa generalmente en esta forma pero no es tan profundo ni de tan larga duracion como en la epilepsía.

Esta forma de congestion cerebral no llega nunca durante el sueño, y esto se ha explicado por la menor cantidad de sangre que encierra el cerebro durante el sueño.

Despues del período comatoso, el enfermo se

siente relativamente bien, esta es la regla; pero otras veces puede estallar un delirio que dura varias horas lo mismo que en la forma apopléctica.

Forma maniaca

Esta tercer forma es ménos comun que las precedentes, pero no por eso deja de presentarse con cierta frecuencia: está caracterizada por una perturbacion psíquica que difiere poco de la manía aguda; el delirio es violento, los ojos están inyectados, la cara roja, la agitacion extrema; existe, en fin, una perturbacion profunda en el cerebro y en las facultades intelectuales del individuo, y durante el ataque el enfermo puede cometer actos de violencia y aún crímenes. Estos accesos de manía pueden estallar violentamente y se comprende á todo lo que pueden dar origen. Algunas veces se terminan dejando parálisis que como en las otras formas pueden ser pasajeras y desaparecer ó persistir por mucho tiempo. Los enfermos conservan por algun tiempo trastornos cerebrales que consisten en confusion en las ideas, embarazo en la palabra, dolores de cabeza é insomnio.

La muerte puede venir durante el acceso ó á consecuencia de los trastornos que éste origina.

TERCER PERIODO

En este período están comprendidos todos los trastornos consecutivos á los accesos de congestión cerebral, las inflamaciones, los abscesos, el reblandecimiento y los diversos tumores del cerebro, trastornos de que no nos ocuparemos en este trabajo.

CONGESTION PASIVA

Primer período.

De la misma manera que en la congestión activa, encontramos un período que precede á las tres formas características de la congestión, los síntomas que en este período se presentan, son casi los mismos que hemos descrito en la congestión activa, pero menos acentuados. Se nota siempre vértigos, cefalalgia, ilusiones, sensoriales pero la somnolencia y el estupor componen los síntomas predominantes.

El insomnio es un síntoma de mucha importancia, hay cardiacos que se olvidan de sus edemas y de sus palpitaciones, y se quejan sólo de su insomnio, que no les permite un momento de reposo.

Peter, en su bella obra, insiste en el valor pronóstico de este síntoma; el dolor de cabeza es también muy frecuente y pocas veces falta en los últimos días de las enfermedades del co-

razon, período en que las congestiones cerebrales son siempre de origen pasivo.

SEGUNDO ESTADO

Forma apopléctica.

Casi siempre llega precedida del primer período, pero puede presentarse bruscamente: en este caso el estupor es el primer síntoma que se presenta y va aumentándose gradualmente hasta la muerte; las facultades intelectuales van debilitándose gradualmente hasta extinguirse por completo. Al principio es fácil sacar al enfermo de este estado, pero cada vez va siendo más y más difícil, hasta ser de todo punto imposible. La sensibilidad cutánea va decreciendo cada vez más; la parálisis de la vejiga y del esfínter del ano, trae la incontinencia de orina y de materias fecales. Este estado, puede persistir algunas semanas y la curación efectuarse, pero la terminación por la muerte es la regla.

Forma epiléptica.

Puede no diferir en nada la forma epiléptica de la congestión activa, pero casi siempre la progresión del acceso es más lenta y el estupor más prolongado; según Hammond hay gran tendencia á las mordeduras de la lengua.

Casi siempre deja parálisis que pueden persistir mucho tiempo.

Forma maniaca

Es rara en la congestión pasiva y cuando se presenta, la forma del delirio que es tranquilo y no furioso como en la forma activa, es lo único que la diferencia de esta forma; los enfermos murmuran palabras incoherentes, despliegan gran fuerza muscular, pero no cometen excesos de violencia ni sobre ellos ni sobre las personas que los rodean.

III.

DIAGNOSTICO

Hay tres elementos para diferenciar la congestión de las otras enfermedades del cerebro: la ausencia del calor anormal, la difusión de los síntomas y la desaparición rápida de los accidentes. El primero excluye todas las enfermedades febriles; el segundo, las enfermedades de lesión y de síntomas circunscritos, y el tercero, permite separar la congestión de la hemorragia apopléctica. Se comprende que si la muerte es rápida, el diagnóstico entre la hemorragia y la congestión es imposible.

La forma maniaca tiene alguna semejanza con el delirium tremens; por el cuadro sinto-

mático, tendríamos el temblor de los alcohólicos, la incertidumbre en la palabra; pero sobre todo, por las costumbres y por los antecedentes llegaríamos al diagnóstico.

El síncope no podría confundirse con la forma apopléctica de la congestión cerebral, por la conservación de los movimientos respiratorios y de las pulsaciones arteriales.

La epilepsia se confunde con la forma epiléptica de congestión cerebral que hemos descrito; para diferenciarlas se tendrá en cuenta la ausencia de aura y de palidez inicial de la cara en la congestión, y que ésta última, nunca ataca durante el sueño; las mordeduras de la lengua serian de poca utilidad. Hammond, las ha observado en la congestión; los antecedentes del enfermo tendrían un gran valor; á los caracteres del pulso se les ha dado también mucho valor.

En el primer período se ha confundido la congestión con el vértigo estomacal; este último coincide con una disnea y una gastralgia más ó menos antigua, disminuye ó cesa después de la ingestión de alimentos, no crece con la posición declive de la cabeza, y se acompaña de una sensación penosa de náuseas que no existe en la congestión; finalmente el tratamiento quitaría las dudas.

Hecho el diagnóstico de la congestión, falta

determinar si ésta es activa ó pasiva; para esto hay que tener en cuenta ante todo, el estado del aparato cardiovascular y las condiciones en que hemos entrado en nuestro primer párrafo, servirán para esclarecer el diagnóstico. Hay que tener siempre en cuenta que las congestiones pasivas de origen cardiaco se manifiestan en otras partes, primero que en el cerebro; esto ayudará mucho al diagnóstico.

IV

PRONOSTICO

El pronóstico varía segun es la congestion, activa ó pasiva; en la forma activa depende del grado de la congestion, en la pasiva siempre es grave, porque ya cuando la congestion cerebral se presenta, la mayor parte de los órganos de la economía están invadidos, y la congestion en este caso viene á terminar la escena.

V

TRATAMIENTO

El tratamiento varía en las dos grandes formas de congestion cerebral. En la forma activa de la congestion, la fuerza de la circulacion cerebral y la cantidad de sangre deben ser disminuidas. En la forma pasiva, la fuerza debe

ser aumentada; al mismo tiempo se debe combatir la acumulacion de sangre venosa en el órgano.

En la forma activa, las emisiones sanguíneas estuvieron en boga por mucho tiempo y hoy casi han caído en desuso, indudablemente que no deben ser abandonadas del todo; habrá casos en que la intensidad de la congestión las reclame y en este caso habrá necesidad de hacer emisiones sanguíneas generales. En cuanto á las emisiones sanguíneas locales, son muy útiles y deben emplearse en el mayor número de casos.

El frío es otro agente muy empleado; se puede aplicar en la nuca ó directamente en el cráneo, bajo la forma de agua fría ó de hielo.

La posición del enfermo jamás debe olvidarse, alluda mucho á los otros medios de tratamiento; es preciso tenerlo con la cabeza elevada.

Los vestidos no deben ser demasiado estrechos que impidan la circulación de vuelta.

Como derivados, los sinapismos en las extremidades, los baños de piés muy calientes y purgantes.

Las corrientes galvánicas continuas que excitando el gran simpático podrian hacer contraer los vasos, se han empleado y á lo que parece con suceso; ponen el polo positivo en la extre-

midad superior del gran simpático, y el negativo en la setima vértebra cervical; la corriente no debe ser fuerte y no debe dejarse aplicada más de dos minutos: si determina vértigo, se dismiye el número de elementos. Esta propiedad de la corriente eléctrica sobre los vasos fué descubiertapor Bernard, Waller y Budge; pero la demostracion más palpable es la de Hammond, que coloca la corriente como lo hemos dicho y á la vez observa con el aftalmoscópio que los vasos de la retina se contraen; no es, pues dudoso que el mismo efecto se produzca en el cerebro. Se produce un efecto semejante cuando los polos se aplican sobre los apófesis martoides: un débil sentimiento de vértigo se produce cada vez que se interrumpe ó se cierra el circuito: se refieren casos de curacion por este medio y en mi concepto es digno de ponerse en práctica.

En cuanto á la medicacion interna, se han propuesto muchos remedios: citarémos sólo los principales y de accion bien averiguada. El bromuro de potásio tan empleado en las enfermedades cerebrales, es muy recomendado en las congestiones por Hammond asociado al oxido de zinc.

La estriknina asociada al pirofosfato de fierro y al sulfato de quinina, es tambien muy recomendada.

El fósforo bajo la forma de fosforo de zinc es igualmente muy recomendado.

En la congestión pasiva es bueno dar los estimulantes; el alcohol bajo cualquiera forma que se dé, produce buenos resultados. El éter sulfúrico ha dado buenos resultados bajo la forma de inhalaciones.

La digital para tonificar el aparato cardiovascular, daría en este caso muy buenos resultados.

Para oponernos á la vuelta de la sangre al cerebro no tenemos ningun medio eficaz.

La higiene más severa será establecida en los dos casos. Se aconsejará el ejercicio al aire, los paseos á pié ó á caballo; nada de ejercicio gimnástico.

Un baño todos los dias seguido de fricciones en la piel con una toalla áspera, es un buen medio de hacer funcionar la piel y traer un aflujo de sangre hácia la superficie del cuerpo. En las personas que se entregan á trabajos intelectuales, debe haber una vigilancia mayor y separarlos de estos trabajos, cosa que rara vez se consigue.

Guillermo Parra.