2731

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SINTOMATOLOGIA

DE LA

ATAXIA LOCOMOTRIZ

TESIS INAUGURAL

DE

PEDRO GOROSTIAGA

BUENOS AIRES

Imprenta de Martin Biedma, Bolívar 535

1892

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SINTOMATOLOGIA

DE LA

ATAXIA LOCOMOTRIZ

TESIS INAUGURAL

DE

PEDRO GOROSTIAGA

BUENOS AIRES

Imprenta de Martin Biedma, Bolívar 535

1892

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. DON MAURICIO GONZALEZ CATAN

Vice décano

DR. DON EUFEMIO UBALLES

Académicos honorarios

Dr. D. SANTIAGO LARROSA
« « ERNESTO ABERG
« « PABLO MARENGO
« « EDUARDO WILDE
« « IGNACIO PIROVANO
« « MARTIN SPUCH.
« « MANUEL PORCEL DE PERALTA

Académicos titulares

Dr. D. MAURICIO GONZALEZ CATAN
« « MANUEL ARAUZ
« « LEOPOLDO MONTES DE OCA
« « JOSE T. BACA
« « RAFAEL HERRERA VEGAS
« « PEDRO MALLO
« « JOSÉ M. ASTIGUETA
« « JACOB DE T. PINTO
« « EUFEMIO UBALLES
« « JUAN R. FERNANDEZ.
« « ENRIQUE E. DEL ARCA.
« « PEDRO N. ARATA
« « MANUEL BLANCAS
« « ROBERTO WERNICKE.
« « PEDRO LAGLEIZE.

Secretario académico honorario

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA

Secretario titular

Dr. D. LUIS DE LA CARCOVA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía descriptiva	Dr. Juan José Naon.
Anatomia topográfica	» Mauricio Gonzalez Catan.
Histolojía teórico-práctica	» Vacante.
Fisiolojía jeneral y humana	» José M. Astigueta.
Higiene pública y privada	» Meliton G. del Solar.
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos	» Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma.
Patolojía esterna	» Guillermo Udaondo.
Patolojía interna	» José Penna.
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Medicina operatoria	» Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica	» Jacob de T. Pinto.
Enfermedades venereas y de la piel	» Baldomero Sommer
Enfermedades de niños y clínica pediátrica	» Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica	» Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su clínica	» José M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y clinica respectiva	» Lucio Melendez
Clínica Quirúrjica	» Ignacio Pirovano. Julian Aguilar.
Clínica Médica	» Eufemio Uballes.
Obstetricia y Clínica respectiva	» Samuel A. Molina.
Medicina legal y Toxicolojía	» Eduardo Perez.
Obstetricia para alumnas parteras	» Juan R. Fernandez.
Fisio-patología experimental	» Juan B. Señorans.
Historia Natural Médica	» Eliseo Canton.
Química Médica	» Francisco Barraza.
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata.
Farmacia y práctica farmacéutica	» Juan A. Boeri.
Física Médica	» Vacante.
Odontología	» Nicasio Etchepareborda.

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía descriptiva	Dr. D. Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	» » Juvencio Z. Arce.
Histolojía teórica práctica	» » Andrés F. Llobet.
Fisiolojía jeneral y humana	» » Jaime R. Costa.
Higiene pública y privada	» » Enrique Revilla
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos	» » Vacante.
Materia Médica y Terapéutica	» » Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patolojía esterna	» » Obdulio Hernandez.
Patolojía interna	» » Marcial V. Quiroga
Anatomía patológica	» » Carlos Malbran
Medicina operatoria	» » Vacante.
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica	» » Enrique Bazterrica Alfredo Lagarde.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica	» » Antonio F. Piñero. Facundo Larguia.
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica	» » Eduardo Obejero.
Enfermedades nerviosas y su clínica	» » José A. Esteves.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	» » Domingo Cabred.
Clínica Quirúrjica	» » Antonio C. Gandolfo. Juan B. Justo Alejandro Castro
Clínica Médica	» » Gregorio N. Chaves Abel Ayerza. Julio Mendez Francisco Sicardi
Obstetricia y Clínica obstetrica	» » Luis F. Vila.
Medicina legal y Toxicolojía	» » Vacante.
Química aplicada á la Medicina	» » José M. Irizar.
Farmacia y práctica farmacéutica	» » Atanasio Quiroga.

PADRINO DE TESIS

Doctor Enrique del Arca

Á LA MEMORIA DE MI PADRE

Á MI MADRE

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES PROFESORES:

Llegado al final de mi carrera, y al presentaros esta última prueba que el reglamento me exige para optar el grado de doctor en Medicina, creo tambien llegado el momento de cumplir con el deber de daros las gracias por los conocimientos que me habeis suministrado y lo cumplo con íntima satisfaccion, creyéndome ligado hacia vosotros por la gratitud del discípulo al maestro, que siempre debe merecernos consideracion y respeto.

Voy á ocuparme en este sencillo trabajo de la ataxia locomotriz ó tabes dorsal, enfermedad que ha atraido la atencion de numerosos clínicos, y que despues de la magistral descripcion que de ella hizo Duchenne en 1859, ha continuado siendo el objeto de numerosas investigaciones, habiendo contribuido poderosamente á su estudio y conocimiento: Charcot, Westphal, Fournier, Romberg, Argyll Robertson, Erb y muchos otros.

Para su descripcion voy á dividirla en tres pe-

ríodos, siguiendo en esto el camino adoptado por Duchenne y la mayoria de los autores.

1° Un período *preatáxico*, es decir anterior á la aparicion de los síntomas de ataxia ó incoornacion motriz en la excena mórbida, caracterizado por una variedad tal de síntomas, como no la encontraremos en ninguna otra enfermedad en toda la patología, llamando especialmente la atencion los dolores fulgurautes y los síntomas cefálicos.

Es este el período que considero mas importante en la enfermedad y en el que más me detendré, considerándolo así por dos razones: por ser aquí donde más frecuentemente se producen los errores de diagnóstico y porque creo que si alguna ventaja positiva puede obtenerse en el tratamiento de esta enfermedad, es únicamente á condicion de emplearlo en su debut. La duracion de este período es variable, oscilando entre algunos meses y hasta treinta años (caso de Charcot), pudiéndose calcular una duracion media de 3 á 6 años.

2° Período *ataxico* ó *de la incoordinacion de los movimientos*, en el que este síntoma se sobreañade á los del primer período, y que debutando por las extremidades inferiores, sigue avanzando, llegando á veces á comprometer tambien las superiores. Es en este período en el que suelen aparecer diversas perturbaciones tróficas y sensitivas.

3° Período terminal en el que la enfermedad se generaliza, apareciendo las parálisis, atrofias y

contracturas, que concluyen con la vida del enfermo.

La diferencia patológica entre estos tres períodos no es más que cuestion de grado en la lesion de las fibras nerviosas de los cordones posteriores de la médula: en el 1° solo algunas fibras se encuentran comprometidas, en el 2° este número aumenta y en el 3° todas las fibras han sido destruidas; no existiendo por lo tanto una demarcacion precisa entre los diferentes períodos, siendo imposible en muchos casos el poder decir con seguridad si un enfermo se encuentra en el primer ó segundo período de la enfermedad ó si en este ó en el tercero.

PRIMER PERIODO

Dolores fulgurantes—Síntomas cefálicos

El síntoma dolor es importante en la ataxia locomotriz, pues falta muy rara vez, y aun cuando la forma particular como se presenta no es esclusiva de esta enfermedad, puede hacérnosla suponer y guiados por otros síntomas que comunmente le acompañan, llegar á su diagnóstico; sin embargo, en muchísimos casos pasa desapercibida esta afec-

cion y solo es conocida cuando aparecen los síntomas atáxicos, cuando ya tiene varios años de existencia.

Los dolores fulgurantes y los síntomas cefálicos, presentan casi siempre segun Charcot, una especificidad tal, que aun cuando sean esclusivos permiten reconocer la enfermedad. A veces los dolores no son muy agudos, llamando apenas la atencion del enfermo, pero en otros casos no sucede así, sino que al contrario le sumergen en la desesperacion, arrancandole gritos y quejidos que atestiguan su intensidad.

Se presentan estos dolores por accesos que suelen durar de algunos minutos á algunos dias, y separados por intérvalos, en los cuales el enfermo se encuentra relativamente bien, variables entre quince á veinte dias y varios meses.

Los dolores fulgurantes pueden ser divididos en tres categorías: *terebrantes, lancinantes* y *constrictivos.*

Los primeros son comparables á la sensacion que nos produciría la introduccion en nuestros tejidos de un cuerpo punzante y duro y al que se le imprimieran movimientos de torsion. Asientan ordinariamente alrededor de una articulacion, comunmente en las del miembro inferior, presentándose en un solo punto ó en varios á la vez.

Los dolores lancinantes, coexisten muchas veces con los primeros, parecen recorrer el trayecto de un nervío; son dolores sumamente agudos que

desaparecen tan pronto como se presentan para volver á reaparecer al instante, comparados por los enfermos á corrientes eléctricas ó á *refusilos*, para emplear la expresion de un enfermo á quién he tenido ocasion de observar en la sala. Estos dolores se propagan de la region cérvico-dorsal á los miembros inferiores, dando lugar en algunos casos á erupciones cutáneas que señalan el trayecto de los nervios que recorren.

Los dolores constrictivos son muy tenaces, más persistentes que los anteriores, se presentan ya en un miembro ó en el tronco; como su nombre lo indica es una constriccion dolorosa la que manifiesta sentir el enfermo, comparable á la sensacion que produciría una cinta de acero fuertemente ajustada á la parte del miembro ó cuerpo afectada; persisten á veces durante varias horas y aun varios dias con una igual intensidad ó bien con atenuaciones y exacerbaciones alternativas.

Todos estos dolores reconocen por causa una lesion anatómica que asienta en el sistema espinal posterior, por eso se les encuentra no solo en la ataxia locomotriz, sino que tambien en cualquier otra afeccion que pueda atacar esta parte de la médula, como en la esclerósis en placas diseminadas, en la parálisis general progresiva—mal de Pott, etc. y aun cuando esto disminuye la importancia que este síntoma tiene para el diagnóstico, no lo imposibilita, en vista de que juntamente con

él se presentan otros que concluyen por caracterizar la enfermedad.

Efectivamente, en esta época aparecen los síntomas cefalicos de que me ocuparé más adelante y los síntomas viscerales que son bastante frecuentes y que atestiguan una participación de nervios torásicos y abdominales en la enfermedad.

Entre estos síntomas viscerales, uno de los más importantes y que más justamente despierta la atencion tanto del médico como del enfermo, es el que interesa el aparato digestivo, afectando con igualdad de frecuencia el estómago ó el intestino.

Las *crisis gástricas* son en algunos casos, aunque raros, el síntoma de debut de la ataxia locomotriz y por la forma con que aparecen, pueden al menos por cierto tiempo extraviar el criterio del médico tomándolas por manifestaciones de la úlcera simple, ó por un cáncer del estómago, ó bien, por una gastralgia idiopática y no sintomática como lo es ésta de la ataxia locomotriz.

Tienen por caracteres especiales estas crísis la brusquedad con que aparecen; el enfermo siente repentinamente fuertísimos dolores que originándose en la parte más inferior de la cavidad abdominal van ascendiendo hasta localizarse en el epigastrio donde permanecen de varias horas á varios dias, torturando al enfermo especialmente en aquellos casos en que coexisten los dolores fulgurantes, desapareciendo más tarde por un espacio de tiempo que comunmente es de dos á tres meses. Durante

el acceso, el enfermo es atacado de náuseas y de vómitos que al principio son alimenticios, haciéndose más tarde mucosos y sanguinolentos; pero en el intérvalo de los accesos las digestiones se hacen bien y el enfermo no siente la más mínima molestia. Suelen aparecer juntamente con la gastralgia dolores que asientan ya en un ombro ó en otro, irradiando de aquí á diversos puntos. Mientras dura la crísis el pulso se encuentra bastante acelerado pero la temperatura central no aumenta.

En otros casos las crísis gástricas están lejos de afectar esta forma dolorosa, y existe una forma de gastropatía tabética, en la que el único síntoma que se presenta son los vómitos. los que se producen con intérvalos variables, teniendo lugar comunmente despues de las comidas. En un principio, estos vómitos, son siempre tomados como un accidente sin importancia, siendo atribuidos á un estado gástrico ó á un malestar cualquiera del estómago; pero cuando se siguen presentando á cortos intérvalos, repitiéndose en algunas ocaciones por accesos que duran varios dias y en los que la intolerancia del estómago es absoluta, hay necesariamente que relacionarlos á una causa permanente, y esta suele ser á veces la ataxia locomotriz, siendo los vómitos el primer síntoma por el que se manifiesta.

De parte del intestino las perturbaciones que se presentan suelen ser variadas y frecuentes; en algunos casos son deseos imperiosos de defecar los que

aparecen hasta diez y quince veces por dia, no expulsando en cada vez más que una pequeña cantidad de materias de consistencia normal. En otros casos se trata de una diarrea la que ha sido denominada por Fournier *diarrea tabética*; quién cita algunos casos en los que ha llegado al diagnóstico del tabes por este solo síntoma, por la forma insólita como se presenta. Es una diarrea que como todas las otras consiste en cámaras frecuentes líquidas, ó semi-líquidas compuesta de materias fecaloides amarillentas ó negruscas, caracterizada mas bien por la necesidad frecuentemente de defecar que por la cantidad expulsada, pero presentando las dos particularidades siguientes que la especializan: primero, la imposibilidad de encontrar la *causa* que les dá orígen, no pudiendo en muchos casos ser invocado ni el frio, ni la alimentacion, medicamentos etc. ni ninguna de la causas que comunmente las originan; y segundo, por su *larga duracion* y *absoluta rebeldía* á cuanto tratamiento se le imponga, á cuanto agente medicamentoso se administre.

Las *perturbaciones vesicales* son frecuentes en la ataxia locomotriz y en una estadística que presenta de Fournier de 224 casos existen 98 en los cuales este síntoma ha sido constatado.

Casi siempre aparecen estas perturbaciones en los primeros tiempos de la enfermedad y en la estadística citada existen 8 casos en los cuales la

primera manifestacion del tabes fué una lesion vesical.

Estos tabes de debut vesical pasan comunmente desapercibidos y los enfermos son al principio tratados como si estuvieran afectados de las vías urinarias cuando en realidad son falsos urinarios segun la expresion de Guyon, son tabéticos, en quienes no existe ninguna lesion de este aparato y por lo tanto inútiles completamente los diversos tratamientos que esta falsa concepcion puede hacer prescribir.

Los síntomas que más comunmente se presentan del lado de la vegiga son la *paresia vesical* y la *incontinencia*, habiéndose á veces observado la polakuria, tenesmo, anestesia etc.

En la paresia vesical la emision de la orina se produce lentamente, necesitando hacer el enfermo esfuerzos considerables para obtenerla, á tal punto que en algunos casos es acompañada de la expulsion simultánea de materias fecales, ademas esta emision se hace en varios actos; despues de haber comenzado se interrumpe bruscamente para despues de nuevos esfuerzos volver á empezar, haciéndose de larga duracion la emision total. Esta dificultad para orinar suele ser generalmente más marcada por la mañana que durante el dia, y en algunos casos es solo á esa hora que se hace dificil la emision de la orina.

La paresia vesical suele ir comunmente aumentando progresivamente hasta llegar en algunos ca-

sos á la completa retencion, siendo absolutamente necesario el sondaje para vaciar la vegiga.

La *incontinencia de la orina* como ya lo he dicho anteriormente es un síntoma frecuente del tabes, pero aquí la incontinencia no se presenta en su forma habitual como la que se produce por una lesion orgánica del cuello de la vegiga, una perforacion ó una fístula, en los que la orina se derrama de una manera permanente, gota á gota; aquí la incontinencia es parcial é intermitente, solo se derrama una corta cantidad de la orina que encierra la vegiga, y este fenómeno es accidental produciéndose con ocasion de una sorpresa, una impresion, etc., en cuyo caso se escapa un pequeño chorro de orina, de lo que apercibiéndose los enfermos hacen un esfuerzo por contenerse y lo consiguen.

A veces estos fenómenos vesícales son acompañados de otros síntomas dolorosos del lado del recto, en el que sienten los enfermos como si se les introdujera forzada y bruscamente un cuerpo voluminoso produciéndoles dolores desgarrantes, seguidos de una necesidad de expulsion y á veces de la expulsion real de materias fecales.

Siguen á estas manifestaciones viscerales del tabes en órden de frecuencia los dolores renales, que simulan cólicos nefríticos, los dolores retroesternales, semejantes á los de la angina de pecho, etc.

Síntomas cefálicos—Voy á ocuparme ahora de los síntomas cefálicos, á los cuales Charcot ha

dado, con razon, tanta importancia, pues ellos anteceden muchas veces á todos los otros síntomas de la ataxia y aun á los dolores fulgurantes, citándose casos en los que ciertos fenómenos oculares se han manifestado hasta diez años antes que ningun otro síntoma.

Todos los nervios craneanos pueden ser atacados, pero lo son preferentemente á todos los otros, el tercero y el quinto par—el motor ocular comun y el motor ocular externo—El nervio óptico suele tambien estar frecuentemente comprometido aunque no tanto como los anteriores, pero merece llamar especialmente nuestra atencion por la gravedad que este síntoma encierra en si, por ser su marcha fatalmente progresiva, conduciendo irremediablemente á la ceguera, pues aun cuando la atrofia debute por una sola papila, caso el más comun, al cabo de cierto tiempo el otro ojo se encuentra comprometido, siendo imposible evitarlo como lo dice Charcot aunque al enfermo se le diera, tratándose de un sifilítico, todo el yoduro de potasio que existe en la creacion.

Es pues con razon que esta atrofia tabética ha llamado la atencion de los oculistas, quienes han llegado en el perfeccionamiento de su estudio, á poderla diagnosticar fácilmente y diferenciarla de otras atrofias de la papila que reconozcan por causa otra que no sea el tabes.

Puede ser fácilmente diagnosticada esta atrofia tabética por los caracteres que nos revela el exá-

men oftalmoscópico y por las diversas perturbaciones funcionales que la acompañan.

Al oftalmóscopo la papila se nos presenta con la misma forma que en el estado normal pero habiendo perdido su trasparencia y cambiado su coloracion; ya no tiene el color rosado que la caracteriza en su estado fisiológico, se ha vuelto blanca, de un blanco nacarado, que refleja la luz, haciéndola contrastar vigorosamente con el fondo rojo del ojo, siendo debida esta nueva coloracion á la atrofia que han sufrido sus vasos de capilares. Al mismo tiempo se observa una escavacion de la papila, la que reconoce por causa una disminucion de resistencia de su tejido atrofiado habiendo permanecido la misma la presion intra ocular.

Las perturbaciones funcionales son varias: gradualmente va perdiendo el enfermo su agudeza visual, la enfermedad avanza sin cesar hasta la pérdida de toda percepcion luminosa; pero su marcha es lenta y gradual al revés de lo que pasa en la neuritis óptica, en la que la afeccion avanza mucho mas rápidamente, atacando generalmente desde el principio los dos ojos y no como sucede aquí en que la enfermedad permanece largo tiempo acantonada en uno antes de manifestarse en el otro.

Un síntoma al cual Galezowky y Beneditk dan gran importancia, considerándolo como característico, es una acromatosia especial del tabetico para el color rojo y el verde y la persistencia á un alto grado de la nocion del azul y del amarillo.

El estado de la pupila en la ataxia locomotriz ha sido estudiada especialmente por Argyll-Robertson, él que nos ha dado á conocer un síntoma que lleva su nombre, y que consiste en que en los atáxicos la pupila reacciona á la acomodacion pero no á la luz, síntoma que se observa con mucha frecuencia y Vicent presenta una estadística de 51 tabéticos de los que cuatro solamente presentaban una reaccion normal, 40 tenian el síntoma de Argyll-Robertson y en 7 habia inmobilidad absoluta de la pupila.

Vincent ha emitido las proposiciones siguientes:

«En el primer período del tabes las pupilas están frecuentemente ensanchadas; no reaccionan comunmente á la luz y reaccionan al contrario constantemente á la acomodacion; en el segundo período las pupilas estan más ó menos estrechadas, insensibles á la luz, pero se estrechan claramente á la vision de cerca y se dilatan á la vision de lejos; en el tercer período en fin, la pupilas se encuentran rara vez estrechadas, mas frecuentemente normales ó ensanchadas y en general absolutamente inmóbiles.

Las parálisis oculares como ya lo he indicado anteriormente son entre los síntomas cefálicos los que mas frecuentemente se observan, y pueden asentar ya en un ojo ó en otro, siendo comunmente monoculares, parciales y esencialmente movibles, desapareciendo despues de algunas semanas para para volver á reaparecer en el mismo ó en el otro

ojo. Hay algunos casos raros en los que todos los músculos de los dos ojos se encuentran comprometidos.

Cuando el nervio trigémino es atacado se producen fenómenos relacionados con su funcionamiento fisiológico, dando lugar á dolores análogos á los de los miembros, los que asientan comunmente en la esfera de los ramos orbitarios; ó bien, á parálisis y anestesias.

Si el nervio auditivo se encuentra lesionado los síntomas que se originan pueden variar desde la simple dificultad en la audicion hasta la sordera completa. Fournier estudiando la sordera tabética llega á las conclusiones siguientes: 1° evolucion rapidamente progresiva—2° una tendencia marcada á la bilateralidad—3° intensidad excesiva—4° incurabilidad habitual y 5° ausencia del lado del aparato auditivo de toda lesion apreciable durante la vida del enfermo.

Las *perturbaciones laringeas* suelen á veces observarse en la ataxia, aun cuando este es un síntoma excepcional y ha sido el Dr. Féreol el primero que las ha descripto relacionándolas con el tabes. Estos accidentes laríngeos se presentan bajo formas múltiples, tratándose en unos casos de parálisis, ataques de tos, espamos ó accesos de sofocacion.

Las parálisis afectan comunmente una sola cuerda vocal y presentan la particularidad que de-

saparecen expontáneamente como las que asientan en los músculos del ojo.

La tos es seca y tiene los caracteres de una tos nerviosa, manifiestamente espasmódica, presentándose por accesos á los que es difícil reconocer una causa; de larga duracion al punto de existir enfermos que padecen de ella durante meses y años sin que el mas atento exámen pueda revelarnos ninguna lesion de las vías aéreas.

Los espasmos se caracterizan por la desaparicion brusca de la voz; un enfermo que hasta un momento antes podia hablar perfectamente ya no puede hacerlo, le falta la voz repentinamente, se vuelve afónico.

En cuanto á las sofocaciones son las mas graves de las perturbaciones laríngeas, son verdaderos accesos de sofocacion, en los que la disnea es tan marcada que el individuo se vuelve cianótico, se desespera, llegando en algunos casos hasta perder el conocimiento por algunos momentos, añadiéndose á estos accidentes fenómenos epiletoides como mordeduras de la lengua, pérdidas de orina, etc.

Tambien en este período y algunas veces desde el debut de la enfermedad, se nota la desaparicion del reflejo rotuliano, síntoma descubierto por Westphal y estudiado por numerosos autores, habiéndosele dado una importancia considerable en el diagnóstico del tabes; sin embargo, si bien es cierto que este signo tiene gran valor en la ataxia, por ser un síntoma habitual y por lo raro de

su presencia en otras enfermedades asi como en el estado de salud perfecta, no puede ser considerado como patonogmónico, no debiendo ser diagnósticado el tabes por solo su presencia, ni tampoco rechazado porque falte; pero cuando conjuntamente con él aparecen algunos otros síntomas de la ataxia casi podemos asegurar el diagnóstico.

El centro génito espinal es á veces uno de los primeros puntos comprometidos en la ataxia locomotriz, dando lugar sus alteraciones á diversas perturbaciones en el funcionamiento genital. Casi siempre el apetito venéreo se encuentra notablemente disminuido, los enfermos se hacen impotentes por falta de ereccion y suelen padecer de espermatorrea y poluciones pero sin sensacion voluptuosa; otras veces la exitacion genésica es llevada á un alto grado, con erecciones casi contínuas y pérdidas seminales nocturnas con sensacion, encontrándose los enfermos en actitud de repetir el acto sexual con una frecuencia anormal.

Finalmente y para concluir con este primer período señalaré las *perturbaciones tróficas* que pueden presentarse en cualquier época de la enfermedad, encontrandose además de las erupciones cutáneas que acompañan el trayecto de ciertos nervios y que ya he señalado anteriormente, otras que consisten en descoloraciones de la piel, que se pone seca ó que se incrusta de concresiones grises que le dán un aspecto especial; en otros casos la piel toma un color análogo al que se presenta en la erisipela,

pudiendo ir hasta la producción de hemorragias sub epidérmicas y equímosis.

Los huesos en los atáxicos son tambien amenudo atacados de una osteitis rarificante, análoga á la que se encuentra en los viejos, que suele originar fracturas espontáneas, las que tienen la particularidad de dar origen á la formación del callo y consolidacion del hueso fracturado con suma rapidez. Hayen y Richet citan algunas observaciones en las que se produjeron diversas fracturas en el mismo sujeto expontáneamente ú originadas por traumatismos insignificantes.

Como una perturbacion trófica rara en la atáxia locomotriz puede señalarse las atrofias muscularés, las que comunmente se encuentran limitadas á un miembro ó á un grupo muscular, habiéndose observado en algunos casos la hemi-atrofia de la lengua, agregando Ballet, que ha tenido varios casos, que siempre que se presente esta atrofia debe pensarse en la ataxia y no detenerse en otro diagnóstico antes de una seria observacion.

Las artropatias tambien se las observa en la ataxia en una proporcion de diez por ciento segun Charcot; síntoma de debut segun este, ó más bien intermediario entre el período llamado prodrómico y el período de la incoordinacion motriz, es considérado por otros y especialmente por Ball, quién le ha dedicado preferente atencion como un síntoma precoz en algunos casos y tardio en otros. Char-

cot no participa de esta opinion basándose en que cuando se observa la artropatia como síntoma tardio, son siempre los miembros superiores los atacados, y si bien esta lesion es realmente tardia teniendo en cuenta el tiempo desde que se originó la enfermedad, no lo es en relacion á la parte de la médula que se encuentra atacada.

Anatómicamente consideradas estas artropatias pueden ser justamente equiparadas á las artrítis secas; pero clínicamente presentan diferencias, evolucionando con carácteres clínnicos especiales, que hacen de ella una afeccion verdaderamente distinta. «La similitud anatómica no impide la distincion de las especies nosológicas»; principio altamente proclamado por Charcot cuando dice; una misma artrítis purulenta puede ser síntoma del reumatismo, escarlatina, infeccion purulenta, etc.

La relacion que existe entre estas artropatias y la lesion medular que les dá orígen es difícil establecer, y las diversas autópsias que se han hecho han dado resultados contradictorios. Aceptándose que las grandes células de los cuernos grises anteriores son centros tróficos de las articulaciones, debe suceder naturalmente que siempre que haya lesion articular, exista tambien lesion de estos centros, pero como anteriormente lo digo las autópsias han dado resultados negativos, y esta es la razon de que aun hoy dia haya numerosos autores que no acepten la especialidad de estas lesio-

nes, la existencia de estas artropatias espinales, segun las ha denominado Charcot.

Las mas comunmente afectadas son las grandes articulaciones y en primera línea la rodilla, siguiéndole en órden de frecuencia respectivamente la escápulo-humeral, la húmero-cúbito-radial, la coxo-femoral, etc.; pero en algunos casos lo son tambien las pequeñas y Charcot ha dado á conocer con el nombre de *pie de tabes* una reunion de lesiones óseas y articulares de la region tarso-metarsiana, las que comunmente debutan por la del dedo grande produciendo una deformacion que hace eminencia hácia el borde interno ó cara dorsal del pié.

Aparecen estas antropatias de una manera brusca, sin prodromos y expontáneas, sin que puedan ser atribuidas á traumatismos, diátesis ó enfriamientos, casi siempre aisladas, aunque no en absoluto, pues se citan algunos casos en los que varias artículaciones se encontraban afectadas á la vez; no hay fiebre, ni dolor, ni rubicundez, presentando como síntoma más llamante una hinchazon que al cabo de algunas horas es ya muy pronunciada la que está constituida por una hidrartrosis considerable y por un empastamiento duro periarticular que casi siempre sobrepasa los límites de la articulacion, reduciendo á la impotencia al miembro afectado.

Cuando la artrítis es *benigna* esta deformacion va desapareciendo gradualmente, hasta que al

cabo de un tiempo variable de dos á cuatro meses todo ha vuelto á su estado normal; pero en la forma *grave* no sucede lo mismo, porque aun cuando desaparece el edema peri-articular y se reabsorve la hidrartrósis, se han ya producido lesiones profundas que afectan los huesos y la sinovial, deformando por completo las superficies articulares é imposibilitando toda reparacion; es en estos casos en los que se producen las luxaciones y de las que Blum cita el curioso ejemplo de un enfermo que luxaba á voluntad su articulacion escápulo-humeral sin el menor dolor.

Despues de la descripcion que antecede fácilmente se comprende la sin razon de los que pretenden que estas artritis no deben formar una variedad especial, tratándolas de equiparar á la artritis seca comun; pues si comparamos la sintomatología de una y de otra vemos que presentan diferencias notables y no podemos menos de reconocer la razon que le asiste á Charcot al dar á estas artropatías el nombre de espinales.

Efectivamente, en la artritis seca la regla es que el derrame sea poco considerable, no sobrepasando sino muy rara vez los límites de la articulacion, sucediendo lo contrario en la artropatia atáxica en la que la regla es que el derrame sea considerable y que sobrepase los límites articulares y la escepcion lo que pasa en la artrítis seca. La artrítis seca reconoce siempre por causa ya un traumatismo ó bien una fractura intra-articular; en la artro-

patia atáxica no pueden ser invocadas estas causas á pesar de la afirmacion de Volkmann que la atribuia á los traumatismos producidos por los movimientos desordenados de los miembros, lo que no tiene fundamento pues generalmente la artropatia se produce antes de la incoordinacion motriz.

La una tiene un debut brusco, la otra al contrario vá desarrollándose gradualmente; en la artrítis seca la articulacion afecta no recobra jamás su funcionamiento perfecto, en la artropatia atáxica benigna sucede lo contrario; en la primera son raras las luxaciones, en la segunda son frecuentes.

Como caso típico de artropatia atáxica trascribo el siguiente tomado de la Clínica de Jacoud:

«Cinco dias antes de la entrada en este hospital, la mujer N. salió en perfecto estado de salud y estando en la calle se vió acometida súbitamente de un dolor en la rodilla derecha; continuó marchando, aunque cojeando, pero pasados algunos momentos, sin que el dolor fuese muy vivo, la dificultad para la progresion fué tal que no pudo continuarla. Examinada la enferma se reconoció que la rodilla y todas las partes que la rodean, eran el asiento de una hinchazon considerable y afirma que desde ese dia ha seguido siendo tan pronunciada como entonces. En cuanto al dolor, desapareció aquella misma tarde, de donde podemos colegir que era debido á la distension repen-

tina de la articulacion por el derrame, y no á un trabajo inflamatorio.

Tambien ha sido designada por Morat y Duplay como una lesíon trófica que suele observarse en la ataxia en algunas ocasiones el *mal perforante del pié*, síntoma que siempre se observa en el trascurso del primer período y en algunos casos, raros es verdad, pero positivos, como el primer síntoma del tabes dorsal. Consiste en una ulceracion que debuta generalmente por el talon, ó al nivel de las articulaciones metatarso falangianas, la que vá avanzando gradualmente en profundidad y extension, destruyendo los tendones, los músculos y hasta los huesos, encontrándose siempre rodeada de una zona más ó menos extendida de anestesia cutánea.

Las uñas y especialmente la del dedo grueso del pié, suelen ser el asiento de lesiones de nutricion; estas se ponen duras, quebradizas y se oscurecen, perdiendo su transparencia normal, hasta que al cabo de cierto tiempo se desprenden y caen, siendo reemplazadas por otras que toman prontamente los caracteres de las primeras y siguen su misma evolucion.

Los dientes tambien á veces se caen expontáneamente, siendo observado este fenómeno sobre todo en los casos en que se encuentra comprometido el quinto par, dando lugar á los dolores fulgurantes de la cara.

Otras veces la caida de los dientes no es prece-

sida de estas neuralgias y se desprenden expontáneamente sin produccion de hemorragia ni de ningun dolor.

El mal perforante, la caida de las uñas y de los dientes son perturbaciones tróficas análogas, y se ha observado su coincidencia en un mismo sugeto.

SEGUNDO PERIODO

Ataxia.—La ataxia es el síntoma dominante en el segundo período, es el síntoma más característico y más importante de toda la enfermedad; debido á su predominio fué que Duchenne cambió la designacion anatómica con que era conocida esta afeccion, tabes dorsal, por la de ataxia locomotriz, en la que reconoció como caracteres fundamentales una «abolicion progresiva de la coordinacion de los movimientos, y parálisis aparente contrastando con la integridad de la fuerza muscular.»

Fué Todd quien primero hizo resaltar la diferencia que existe entre esta parálisis aparente del atáxico y la parálisis verdadera; en esta hay imposibilidad de ejecutar todo movimiento voluntario pero en la parálisis tabética no existe tal imposibilidad, los movimientos voluntarios pueden producirse, solo que no son regulares, el enfermo no carece de fuerza para ejecutar cualquier

movimiento pero se halla impotente para coordinarlos.

Duchenne analizando los diversos movimientos voluntarios hizo notar que en su produccion intervienen siempre dos factores: uno, la contraccion muscular, que pone en movimiento tal ó cual miembro en que asienta la contraccion y otro la accion moderatriz y reguladora de parte de los músculos antagonistas. En los casos en que no interviene este segundo factor, el indivíduo se hace atáxico; puede ejecutar diversos movimientos, pero estos son bruscos y carecen de precision.

Este síntoma, ataxia, aparece generalmente despues de cuatro ó seis años del principio de la enfermedad, pero en muchos casos solo se presenta atáxico el indivíduo despues de quince ó veinte años del debut de la afeccion, y Charcot cita una enferma que hacía ya treinta años que estaba en el hospital, habiendo presentado diversos síntomas del primer período, tales como, desaparicion de reflejos, atrofia de la papila, crísis gástricas y laríngeas, que no dejaban duda respecto á la afeccion de que padecía, sin que hasta entonces se pudiera notar el más leve signo de ataxia.

Debuta siempre por los miembros inferiores, siendo en su principio muy poco marcada, pero sigue gradualmente avanzando, hasta llegar un momento en que la marcha se hace muy dificil ó imposible, pudiendo ser dividida para su estudio en

dos periodos: uno inicial y otro que podemos llamar de la ataxia confirmada.

Es difícil señalar el límite de separacion entre el período preatáxico y las primeras manifestaciones atáxicas, pues estas son tan poco marcadas, que ni aún los mismos enfermos se dan cuenta de ellas; empiezan por notar que se fatigan con más facilidad, que no corren con la misma velocidad con que lo hacían antes etc.; si los hacemos sentar en un asiento bajo y les pedimos que se levanten rápidamente y emprendan la marcha, lo hacen, pero con cierta dificultad para pararse y sus primeros pasos son vacilantes é irregulares. Hay otros enfermos que sienten mayor dificultad para permanecer de pié y prefieren sentarse ó caminar; si se les obliga á permanecer en esa posicion, sienten vértigos y su cuerpo empieza á oxilar, teniendo necesidad de apoyarse en algun objeto para no caerse; les es igualmente dificil el detenerse bruscamente cuando van caminando, asi como el poder girar rápidamente sobre si mismo.

Althaus señala otro síntoma, que consiste en la casi imposibilidad del tabético para caminar hacia atrás. Este síntoma le fué revelado por un enfermo en cuya ocupacion se veía obligado á caminar frecuentemente para atrás, y habiéndolo buscado despues en otros tabéticos lo ha encontrado en casi todos ellos.

Uno de los síntomas más importantes que con frecuencia suele encontrarse entre las primeras ma-

nifestaciones del período inicial de la ataxia es el que ha sido señalado por Romberg, y que consiste en la imposibilidad del enfermo de caminar y aun de permanecer de pié cuando se encuentra en la oscuridad ó cuándo se le hacen cerrar los ojos, fenómeno que es debido especialmente á la anestesia músculo-táctil de la planta de los piés, de que se encuentran frecuentemente atacados los tabéticos, anestesia que les impide darse cuenta del plano que los sostiene, temiendo naturalmente caerse al primer movimiento; además el enfermo para caminar tiene necesidad de mirar los movimientos que hace con sus miembros, para poder regularlos y darse cuenta de la relacion que guardan con los objetos que les rodean.

Ya en el período de ataxia confirmada los desórdenes son mucho más marcados; la locomocion se vá haciendo cada vez más difícil, el enfermo ya no puede caminar sino apoyándose en otra persona, y así mismo experimenta con frecuencia caídas, pues no pudiendo regular la direccion de sus piernas chocan estas á cada instante la una con la otra, ó con la del acompañante. Comunmente el enfermo al proyectar sus piernas hácia adelante, traspasa el límite natural, y asienta fuertemente con el talon en el suelo, precipita sus pasos y produce un ruido particular, que oído á cierta distancia puede ser comparado según Jaccoud á un pataleo.

El atáxico para caminar lo hace especialmente

con el concurso de sus músculos pelvianos y femorales, y esta manera especial de lanzar sus piernas hácia adelante con fuerza y separandolas perfectamente del suelo, lo diferencia del paralítico que al caminar no precipita nunca sus movimientos y arrastra penosamente sus piés por el pavimento.

La marcha del atáxico es muy parecida á la de la parálisis alcohólica, diferenciandose especialmente, en que este último flexiona más sus piernas para caminar, y al asentar su pié en el suelo lo hace primeramente con la punta y despues con el talon, produciendo así dos ruidos que pueden ser oídos claramente, mientras que el tabético lanza su pierna en estension, casi sin flexionarla, y al caer en el suelo golpea solo con el talon, produciendo un solo ruido. Facilmente se comprenderá la importancia de esta diferencia si recordamos que la parálisis alcohólica y el tabes tienen síntomas comunes, tales como la ausencia de reflejo rotaliano, dolores que se asemejan á los fulgurantes del tabético, síntoma de Romberg etc., que pueden hacerles fácilmente confundir.

Por fin con la marcha siempre avanzante de esta incoordinacion de los movimientos de los miembros inferiores, llega un momento en que el enfermo se vé obligado á permanecer en la cama, pues le es imposible el dar un solo paso, y sin embargo, todavía conserva una gran parte de sus fuerzas.

Posteriormente á todos estos desórdenes motrices son atacados á su vez los miembros superio-

res, pero, en estos la incoordinacion se hace sentir especialmente al nivel de los músculos de la palma de la mano y de los de los dedos. Aquí como en el caso anterior el enfermo conserva más ó menos el mismo grado de fuerza como puede comprobarse con el dinamómetro, pero pierde la exactitud para ciertos movimientos, siendole difícil al fumador llevar su cigarro á la boca, ó al tocador de piano dar con las teclas correspondientes, etc. y este desórden aumenta si el enfermo se encuentra en la oscuridad, ó si se le hacen cerrar los ojos.

Las *perturbaciones de la sensibilidad* en este segundo período, son variadas y constantes. Primeramente los dolores fulgurantes de que ya he hablado en el primer período, continuan haciendose sentir, aunque la intensidad suele ser menor y la separacion de los accesos más prolongada; á veces estos dolores desaparecen completamente en los miembros inferiores, donde primero se habían hecho sentir, para presentarse en los superiores, lo que prueba la tendencia de la lesion á seguir una marcha siempre ascendente.

Con frecuencia se observa en este período la anestesia ó pérdida de la sensibilidad táctil, la que empieza á sentirse generalmente en la planta de los pies y palma de las manos, siendo en estos puntos donde es más pronunciada y disminuye gradualmente á medida que se vá acercando al tronco, donde rara vez falta.

En algunos casos la anestesia se limita á una

mitad del cuerpo, ó á ciertas zonas de él, y á veces en lugar de una disminucion de la sensibilidad se nota una perversion, produciendo en el enfermo el simple contacto, una sensacion dolorosa.

La analgesia ó pérdida de la sensibilidad al dolor, suele tambien observarse, pero casi siempre despues de haberse presentado la anestesia. En algunas ocasiones el enfermo traduce como sensacion de contacto una que deberia ser dolorosa tal como la que produciría un pinchazo con un alfiler.

A veces se nota un retardo en la percepcion de las sensaciones, lo que se observa especialmente en los casos en que hay analgesia. Este retardo se halla en razon directa de la distancia que separa la parte del cuerpo en observacion, de las raices posteriores y puede ser de cuatro, seis y hasta quince segundos. La esplicacion fisiológica de este fenómeno es la siguiente: en el estado normal toda sensacion es trasmitida al cerebro con una velocidad que se calcula en cuarenta metros por segundo; por eso toda sensacion que se produce en un punto cualquiera del cuerpo es percibida inmediatamente despues de producirse; esta trasmision se hace siguiendo las fibras nerviosas rectas de los cordones posteriores, pero como en el caso de un tabético estos cordones se encuentran alterados, la impresion recibida se trasmite al cerebro por intermedio de la sustancia gris, debiendo pasar de una célula á otra por intermedio de las prolongaciones

de Deiter que las unen, lo que indudablemente retarda la percepcion.

Una de las sensaciones que tardan más en perder los tabéticos es la de la temperatura, y la última de todas en perderse es la del frío. La sensación de la temperatura desaparece comunmente en indivíduos que están ya anestésicos y analgésicos. Un indivíduo en estado normal puede apreciar diferencias hasta de medio grado de temperatura, produciéndole una sensacion de calor todo objeto que tenga más de treinta y cuatro grados centígrados y de frío menos de treinta y dos grados.

Facilmente se comprende la desesperacion de algunos de estos desgraciados en quienes desaparece toda sensacion, ya sea de contacto, de dolor ó de temperatura y más aun cuando á esto se agrega la pérdida del sentido de la vista y del oido, en cuyo caso pierden la existencia de su cuerpo, pues que todos sus medios de relacion con el mundo exterior se encuentran abolidos, y Strümpell cita el caso de un enfermo que solo podía percibir las sensaciones de contacto con la frente, siendo al mismo tiempo ciego y sordo, él que se pasaba en su cama siempre con las manos sobre su cara, probablemente para poderse dar cuenta de que su cuerpo aún existía.

TERCER PERIODO

Periodo terminal

En este período viene la reagravacion de los síntomas que he descrito anteriormente, excepcion hecha de los dolores fulgurantes, que generalmente se encuentran disminuidos ó abolidos, debido á la completa destruccion de los cordones posteriores de la médula, espinal.

A la incoordinacion motriz sucede comunmente en esta época la parálisis y atrofia de los miembros, la completa desaparicion de los deseos sexuales y la absoluta impotencia, siendo tambien frecuente observar la parálisis de la vejíga y del recto, á las que acompañan la incontinencia de la orina y de las materias fecales.

Es general observar en este último período de la ataxia una perturbacion de las facultades intelectuales, fenómeno que en otro tiempo era negado, pues los autores antiguos al describir la ataxia señalaban como un caracter propio de ella, la conservacion de la integridad de la inteligencia hasta los últimos momentos de la vida. Pero hoy dia se citan numerosos casos en los que las facultades intelectuales han sido alteradas manifestando los enfermos síntomas de parálisis general, delirio de las persecuciones, ó bien, una debilidad creciente

de la inteligencia hasta llegar á la imbecilidad ó al idiotismo.

Se ha observado tambien la coincidencia frecuente de ciertas cardiopatías con el tabes, fenómeno en el que algunos han creido ver una simple coincidencia y que otros explican de la manera siguiente: Grasset cree que deben ser atribuidas á la innegable influencia que sobre el desarrollo de las enfermedades del corazon tienen las impresiones dolorosas, habiendo notado que en los casos en que se ha encontrado afectado este órgano, coincidían con tabélicos, en los que el síntoma dolor había preponderado; Letulle y Martin han admitido que el tabes y las cardiopatías, son ambas manifestaciones de una misma diátesis, y finalmente Raymond combatiendo las anteriores teorías, cree ver en esto una simple coincidencia y que las lesiones cardiacas constatadas en los tabélicos, deben ser atribuidas al reumatismo, sífilis ó alcoholismo que intervienen comunmente en estos casos.

Finalmente, en algunos casos la lesion medular siguiendo siempre su marcha invasora llega á comprometer los cordones laterales y anteriores, dando lugar en los miembros ya paralizados, á contracturas y atrofias que los obligan á guardar contínuamente la cama, cubriéndose su cuerpo de escaras y haciendo cada vez más insoportable la vida para el enfermo, y así Heine, poeta aleman muerto en París en 1856 despues de un largo y penoso tabes exclamaba:

«Mi existencia es real? Mi cuerpo se encuentra reducido á un tal estado que me siento apenas como una voz. En mi colchon que constituye mi tumba, en esta bullicíosa ciudad, no oigo desde la mañana hasta la noche mas que el contínuo rodar de los carruages, los golpes del martillo, las querellas ó el traqueteo del piano. Una tumba sin reposo, una muerte, sin los privilegios de los muertos. Hace ya tiempo que se han tomado las medidas de mi féretro, pero mi muerte es tan lenta que esta marcha me fatiga. Y de qué me sirve que jóvenes niñas coronen de laureles mi busto de mármol, si las asquerosas manos de una vieja colocan vejigatorios tras de mis orejas? De qué me sirve el incienso de las rosas, cuando en la triste soledad de mi cámara de enfermo, no percibo otro perfume que el infesto olor de calientes servilletas? Pero paciencia todas las cosas tienen un fin! y dia llegará....

PEDRO GOROSTIAGA.

Buenos Aires, Mayo 27 de 1892.

Observacion I.

Vicente O., 31 años, soltero, argentino, carnicero. Entra al Hospital de Clínicas el dia 20 de Octubre de 1891 y ocupa la cama número 21 de la sala 4ª á cargo del Dr. Abel Ayerza.

Antecedentes hereditarios: Buenos.

Antecedentes individuales: A la edad de 16 años tuvo una afeccion de las vias respiratorias, la que le duró cerca de dos meses y de la que curó radicalmente. A los 22 años blenorragia que se curaron á los dos meses. En esa misma época tuvo varios chancros, los que fueron seguidos de placas mucosas en la garganta y de caida del pelo.

La enfermedad actual empezó á manifestarse hacen unos cuatro años, apareciendo en aquel tiempo vómitos, los que se presentaban cada 3 ó 4 meses, y durándole cada acceso cerca de una semana. Los vómitos aparecían de una manera irregular, á cualquier hora del día ó de la noche, sin que tuvieran ninguna influencia sobre su produccion el estado de replecion ó vacuidad del estómago. Despues de cada acceso el enfermo sentía violentos dolores en la region epigástrica que repercutían en la region espinal, próximamente á la misma altura. Sentía tambien violentísimos dolores fulgurantes en los miembros inferiores. En el intérvalo de estos accesos el enfermo se sentía bien y podía entregarse á sus ocupaciones. Hace un año los vómi-

tos en vez de aparecer de una manera irregular como al principio, se manifiestan siempre un cuarto ó media hora despues de las comidas. Desde hacen tres meses el dolor se ha localizado en el epigastrio, sin irradiaciones, es lancinante y contínuo pero no repercute hacia la region dorsal. Ha tenido dos hematemesis, habiendo perdido en la primera unos 300 gramos de sangre, y siendo la segunda mucho menos considerable. Se ha enflaquecido mucho estos últimos tiempos.

Estado actual:—Estado general regular. Ganglios pequeños, indoloros, muy numerosos en ambas ingles. A la percusion el estómago remonta dos traveses de dedo por encima del límite normal del espacio de Traube y desciende muy por debajo del ombligo. No tiene aspecto caquéctico. En los miembros inferiores dos males perforantes plantares en ambos dedos gordos, con artropatia en los mismos. Parálisis en los músculos extensores de la pierna, aunque no completa, llevando la punta del pie hacia abajo y adelante. Su fuerza muscular se encuentra poco disminuida. Hay ataxia bastante marcada de los miembros inferiores, encontrándose dificultada la marcha. Dolores fulgurantes. Abolicion del reflejo rotuliano. Sensibilidad al dolor disminuida en parte, abolida en otras, lo mismo que la táctil. Sentido muscular intacto. Su potencia genésica está disminuida, haciendo ya dos años que no efectúa el coito. Tiene el síntoma de Romberg. Gran desigualdad pupilar, siendo la pupila derecha

mucho mas grande que la izquierda. Síntoma de Argyll Robertson. Manifiesta sentir un dolor contínuo en la region epigástrica.

Tratamiento: Suspension—Inyecciones de morfina para calmar las crísis gástricas.

Observacion II.

—

Ceferino N., 40 años, italiano, soltero, mozo de café, ocupa la cama número 5 de la sala 4ª.

Antecedentes hereditarios: Buenos.

Antecedentes individuales: Ha tenido blenorragias, chancros sin manifestaciones secundarias, é influenza. Su enfermedad actual data próximamente de dos años atrás. Parece haberse iniciado con algunos desórdenes del lado de la miccion, tales como incontinencia y retencion, y dolores fulgurantes en los miembros inferiores comparados por el enfermo á descargas eléctricas. Sin otros trastornos continuó, durante algunos meses, al cabo de los cuales empezó á notar que la marcha le era difícil y aun imposible en la oscuridad. Esta dificultad para la marcha fué haciéndose cada vez mas pronunciada, hasta serle casi imposible, mientras no hubiera una perfecta claridad. Desde hace mas de un año se encuentran abolidos sus deseos genésico. Ha notado tambien en estos últimos

tiempos algunos trastornos en la defecacion (incontinencia).

Estado actual:—Estado general bueno. Conserva sus fuerzas musculares. Su sensibilidad táctil algo disminuida, pero conserva intacta su sensibidad térmica y al dolor. Ausencia del reflejo rotuliano. Síntoma de Argyll Robertson. Síntoma de Romberg. Incontinencia á veces de materias fecales. Ataxia de los miembros inferiores, siendo difícil la marcha.

Tratamiento: Suspension.—Ioduro de potasio. —Puntas de fuego.

En obsequio á la brevedad suprimo algunos otros casos que he tenido ocasion de observar en el curso de mis estudios.

Buenos Aires, Mayo 28 de 1892.

Pase al Señor Académico Dr. Manuel Blancas, y Catedráticos Dres. José M. Ramos Mejía y Abel Ayerza, á fin de que informen sobre la admisibilidad de esta tésis.

M. Gonzalez Catán.

L. de la Cárcova.
Secretario.

—

Buenos Aires, Junio 8 de 1892.

Señor Decano: Esta tesis está dentro de lo prescripto por el Reglamento de la Facultad de Ciencias Médicas.

M. Blancas.

J. M. Ramos Mejía.

Abel Ayerza.

—

Buenos Aires, Junio 9 de 1892.

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado para su impresion, debiendo fijarse por Secretaría el día en que será sostenida en acto público ante la Comision Examinadora respectiva.

MAURICIO GONZALEZ CATÁN.

L. de la Cárcova,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Anatomía topográfica—Región suprahiodea.

Histología—Tegido muscular estriado.

Patología interna—Hipertrofia del corazon.

Materia médica—Cloruro de sodio.

Medicina legal—Cuestiones civiles referentes al parto.

Obstetricia—Diagnóstico de la preñez.

Anatomía patológica—Gangrena.

Fisiología—Nervio olfatorio.

Ginecología—Atresia de la vagina.

Patología general—Tumores.

Oftalmología—Iridectomia: Indicaciones.

Hiegiene—Influencia de la luz sobre el reino vegetal y animal.