2871

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

SINDROMA HISTÉRICO SIMULADOR DEL TABES DORSALIS

TESIS

PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

DE

GUILLERMO ROJO

Ex-practicante menor y mayor, por concurso, del Hospital San Roque

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE MARTÍN BIEDMA, CALLE BOLÍVAR 535

1895

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

SINDROMA HISTÉRICO
SIMULADOR DEL TABES DORSALIS

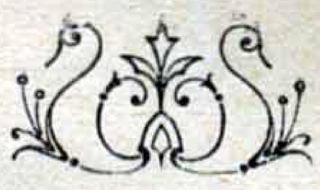
TESIS

PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

DE

GUILLERMO ROJO

Ex-practicante menor y mayor, por concurso, del Hospital San Roque



BUENOS AIRES

IMPRENTA DE MARTÍN BIEDMA, CALLE BOLÍVAR 535

1 8 9 5

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

(Art. 162 del Reglamento.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA

Vice Decano

Dr. D. PEDRO MALLO

Académicos Titulares

Dr. D. 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.
« « JOSÉ PENNA.
« « LUIS GUEMES.

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
« « PABLO MARENGO
« « EDUARDO WILDE
« « MARTIN SPUCH.
« « TELÉMACO SUSINI.

Secretario Titular

Dr. D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

Sr. D. Zenon Aguilar.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía Descriptiva	Dr.	Juan José Naon.
Anatomía Topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Histolojía teórico-práctica	»	Andrés F. Llobet
Fisiolojía General y Humana	»	José M. Astigueta.
Higiene Pública y Privada	»	Meliton Gonzalez del Solar.
Patolojía General 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 de niños y Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su clínica	»	Jose M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y clinica respectiva	»	Domingo Cabred
Clínica Quirúrjica	»	Julian Aguilar. Antonio C. Gandolfo.
Clínica Médica	»	Eufemio Uballes. Gregorio N. Chaves
Obstetricia y Clínica respectiva	»	Samuel A. Molina.
Medicina legal	»	Eduardo M. Perez.
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata
Química aplicada á la Medicina	»	Atanasio Quiroga
Física Médica	»	Jaime R. Costa.
Zoología Médica	»	Eliseo Canton.
Toxicolojía	»	Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero
Farmacia teóriea	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Botánica mèdica	»	Adolfo Mugica.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernandez.
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda.

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía Descriptiva	Dr.	D. Juan D. Piñero.
Anatomía Topográfica	»	» Avelino Gutierrez.
Histolojía teórico-práctica		Rodolfo de Gainza (en ejerc)
Fisiolojía General y Humana		Pedro J. Coronado.
Higiene pública y privada	»	» Enrique Revilla
Patolojía General y Ejercicios Clínicos		Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno
Patolojía Esterna	»	Obdulio Hernandez (en ejerc) Pascual Palma
Patolojía Interna	»	» Marcial V. Quiroga
Anatomía Patológica	»	» Carlos Malbran
Medicina Operatoria		Diógenes Decoud.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Enrique Bazterrica. (en ejerc) Alfredo Lagarde.
Enfermedades de niños y Clínica pediátrica	»	Antonio F. Piñero. Facundo Larguia.
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica	»	Francisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su clínica	»	» José A. Esteves.
Clínica Quirúrjica	»	Juan B. Justo Alejandro Castro
Clínica Médica	»	Abel Ayerza Julio Mendez Francisco Sicardi (en ejerc.)
Física Médica	»	» Juan J. Galiano (interino)
Obstetricia y Clínica respectiva	»	» Luis F. Vila.
Medicina legal	»	» Francisco de Veyga
Laringología, otología, rinología	»	» Wenceslao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	» Maximiliano Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras	»	» Enrique Pietranera.

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO

DR. ENRIQUE E. DEL ARCA

A la memoria de mis padres

A MI DISTINGUIDO AMIGO

EL Dr. PEDRO F. AGOTE

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES PROFESORES:

Cábeme la satisfacción de cumplir con la última prueba reglamentaria, después de seis años de estudios que he recorrido bajo vuestra sábia dirección, para graduarme con el título de Doctor en ciencias médicas, norte y fin de mis aspiraciones.

Desde el principio de mis estudios médicos, atrájome la clínica de las enfermedades nerviosas sobre todas aquellas que se hacen notar por sus estrañas y bizarras manifestaciones, y que son el tema de trabajos contínuos de las escuelas modernas, entre las que descuella la de la Salpetrière, bajo la sábia dirección del malogrado maestro Charcot.

La feliz coincidencia de haber encontrado, en la clínica del Dr. José M. Ramos Mejía, en el Hospital San Roque, uno de aquellos casos de gran interés científico, por presentar, además de un cuadro completo de los síntomas buscados, algu-

nas particularidades que enriquecen la variada gama sintomática, me ha inducido á elegirlo como tema para mi trabajo inaugural que espero merecerá la aprobación de vosotros.

¿Dónde está en esta tesis la parte original?

El estudiante que abandona las aulas, llevando como caudal científico el recogido á la cabecera del enfermo, apesar de sus largos años de práctica, no se encuentra en condiciones de presentarse ante el jurado con un trabajo propio, redactado con materiales sacados de su observación personal.

Hasta este día su espíritu ha recibido la impresión impuesta por sus profesores; ha visto, tocado y observado, no con su propio cerebro, sino como uu reflector, que sufrirá la influencia de su medio intelectual personal, pero no por eso dejará de ser el reflector señalado.

De ahí pues que en este estudio que presento á vuestra consideración, encontrareis al lado de la historia clínica las observaciones y consideraciones que su análisis me ha sugerido, comparándolas con las de los grandes maestros cuyas obras he consultado y que me han permitido dirigir mis pasos en el dédalo inmenso de la patología de los centros nerviosos.

Llenar todos los capítulos de una nosografía médica no es tarea fácil, tanto más cuanto que, se trata de una enfermedad tan curiosa, como es la histeria, cuya variada sintomatología llena largos capítulos de los tratados de medicina, mientras

que permanecen en silencio sobre la anatomía patológica de los centros nerviosos, que se presentan, ante los medios actuales de investigación, en estado normal cuando debieran señalar lesiones correspondientes á determinados síntomas.

Esta contradición manifiesta entre el desórden nervioso y la ausencia de lesión, es el punto oscuro de la histeria que permanecerá siempre en tinieblas para el observador que desée penetrar sus misterios, cerrado como tiene el camino de la autopsia, medio de control seguro, de la clínica.

Así, pues, mi trabajo es muy reducido; no contiene largas consideraciones sobre tema tan conocido, con el que podrían llenarse muchas páginas que no estarían á la altura de lo que los autores clásicos y modernos han escrito sobre él.

Intencionalmente me he alejado de ese terreno, para limitarme al análisis de la historia clínica.

Al terminar estas breves consideraciones, cábeme la satisfacción de agradecer al Dr. José R. Semprún, la eficáz ayuda que, con sus sábios consejos, me ha prestado para la feliz terminación de este modesto trabajo.

Señores profesores:

Al descender de esta tribuna lo hago animado de un sentimiento de gratitud hacia vosotros que me habeis inculcado todo lo que estas páginas pueden encerrar.

I

Muy pocos autores se han ocupado, hasta el presente, del estudio de los sindromas histéricos simuladores de determinadas afecciones, y su historia, por consiguiente, puede reasumirse en cuatro palabras.

Los autores clásicos encontraron que había ciertas formas de histeria que simulaban la epilepsia, y algunos de ellos llegan hasta atribuir á la histeria el orígen de la epilepsia, confusión que ha sido más tarde destruida por el estudio metódico de ellas, habiendo llegado los autores modernos á separar netamente estas dos afecciones, tan esencialmente distintas.

Sydenham, en 1681, decia: «La afección his-
« térica no es solo muy frecuente, sino que se
« muestra aún bajo una infinidad de formas, y si
« el médico no tiene mucha sagacidad y esperien-
« cia se equivocará fácilmente y atribuirá á una
« enfermedad esencial y propia de tal órgano los
« síntomas que dependen únicamente de la afec-
« ción histérica».

Estas pocas palabras del gran maestro inglés, no produjeron sin embargo, el efecto que hubiera sido de desear, y nadie hasta nuestros dias, se ha preocupado del estudio de los sindromas simuladores, de ahí que la literatura médica sobre el particular sea nula. Todo á lo más se entreven, recorriendo algunos autores y revistas médicas, las confusiones y discusiones á que ha dado lugar la histeria, cuando habiendo simulado una afección perfectamente sistematizada, venian, la autopsia ó la curación á arrojar un mentís á un diagnóstico que se hubiera creído al abrigo de toda crítica.

Hay que leer los autores actuales, para eacontrar algo que indique ya un estudio sério sobre el punto.

Así Grasset, en un notable artículo, publicado en la «*Semaine medicale*» del 22 de Julio de 1891, relaciona un caso de un hombre que habiendo sido mordido por un perro hidrófobo, fué víctima de ataques histéricos que simulaban perfectamente accesos de rabia.

Slavy habla de otro caso muy semejante al anterior, en una jóven que habiendo sido mordida por un perro, en una mano, la producción de un flemón consecutivo á la herida, determinó la aparición pe accidentes histéricos que simulaban accesos de rábia, con la particularidad que ésta enferma no habia presentado nunca, la más mínima manifestación histérica.

Pitres, relata otro caso que habiendo sido diag-

nosticado de *tabes dorsalis*, no encontró, en la autopsia, lesión alguna macroscópica ni microscópica de los centros nerviosos. Más tarde en una lección publicada en la *Gaz. méd. de París*, (20 de Setiembre de 1890), reconoce su error, retrospectivamente aunque atribuye los accidentes á la neurastenia y Souques, en su tésis de doctorado, observa con razón: « Se podría, más bien, á nuestro « modo de ver, hacerle honor á la gran simulatriz, « la histeria, cuyos estigmas no habían sido bus- « cados suficientemente. »

Recien, Aquiles Souques, en 1891, en su tésis de doctorado, y bajo la dirección del gran maestro de la Salpetriére, aborda resueltamente el tema, pero limitándose á los sindromas simuladores de las enfermedades orgánicas de la médula espinal; hace un estudio concienzudo de estos sindromas, apoyado por casos clínicos que, si bien fueron diagnosticados como histeria, presentan á la vez síntomas de esas afecciones sistematizadas de la médula, tan bien estudiadas en la actualidad, como son el *tabes dorsalis*, la *esclerosis en placas* y *las amiotrofias espinales*.

II

En cuanto á lo que se refiere á la explicación científica del mecanismo de producción de estos sindromas, examinaremos sucesivamente las teorías que han sido desarrolladas sobre el orígen y causas de la histeria misma que es cuanto, en el estado actual de la ciencia, nos es permitido, dado el silencio que guarda ante estos hechos, la anatomía patológica.

Los antiguos localizaron en el útero, la causa de la producción de los fenómenos histéricos, de donde tomó orígen la denominación de la enfermedad, y en la antigua Grecia, Demócrito, Platón, Hipocrates y Areteo concordaron en este punto.

Platon, para esplicar el mecanismo de la producción de estos fenómenos, se expresa de la siguiente manera: « La matriz, es un animal que desea « ardientemente engendrar niños. Cuando queda « largo tiempo estéril, después de la pubertad, le « incomoda soportarlo, se indigna, recorre todo « el cuerpo obturando las salidas del aire, detiene « la respiración, arrastrando el cuerpo á peligros

« estremos, y ocasionando diversas enfermedades,
« hasta que el deseo y el amor reuniendo al hom-
« bre y la mujer hacer nacer un fruto.....»

Esto en cuanto se refiere á la esencia misma de la enfermedad.

Para esplicar las distintas localizaciones en los diferentes órganos, lo hace Hipócrates de la siguiente manera: « Si la matriz vá hácia el hígado,
« la mujer pierde en seguida la voz; aprieta los
« dientes y su color se hace negro. Estos acci-
« dentes sobrevienen súbitamente y en plena sa-
« lud. Atacan sobre todo á las mujeres viejas y á
« las viudas que siendo jóvenes y habiendo tenido
« hijos quedan en la viudez.»

De esta manera se esplicaban los antiguos la histeria, y no tenían inconveniente alguno en hacer viajar el útero por toda la economía para esplicarse sus manifestaciones.

Esta teoría subsistió por espacio de muchos siglos, puede decirse que hasta nuestros días, y es la razón por la cual fué desconocida la histeria masculina.

En cuanto á la designación de la enfermedad por la palabra *histéria*, el mismo *Charcot* abogó por su conservación en homenage al uso.

En fin, para abreviar, pues no es nuestro ánimo hacer la historia completa de estas teorías. diremos que después de haber subsistido como verdad científica el monopolio de la histeria por parte de la mujer, apesar de la opinión de Celso, Lepois,

Willis, Sydenham y Boerhave, hoy día ha salido del dominio del útero para quedar establecida como una afección de los centros nerviosos, susceptible de atacar tanto al hombre como á la mujer y en cualquier época de la vida.

La reacción ha sido completa, hasta el punto de que Souques sostiene apoyado por la estadística, que en cuanto á lo que á las clases bajas de la sociedad se refiere «la histeria masculina, en los «hospitales es dos veces más frecuente que la his-«teria femenina;» y extrae esta conclusión de la comparación de los cuadros que, por lo esplicativos no podemos menos de reproducir:

Estadística de M. Marie				Estadística de A. Souques			
	Total de enfermos	Número de histéricos	Por %		Total de enfermos	Número de histéricos	Por %
Hombres.	525	28	5.14	Hombres.....	441	26	5.90
Mujeres...	179	6	3.33	Mujeres.....	240	6	2.50

Lo expuesto nos da una idea sobre la divergencia de opiniones que ha reinado entre los autores sobre el orígen y manera de producción, de la histeria. Naturalmente, tratándose de una afección *sine materia*, hasta el presente, el campo está ampliamente abierto á la teoría, y llama la atención que entre los modernos autores no haya alguno que pretenda explicar los fenómenos histéricos,

por este medio. Apenas si alguno, como P. Janet, se limita á teorizar sobre un limitado orden de fenómenos como las anestesias y á exponer su manera de pensar sobre la producción de ellas, haciendo una teoría que si bien seduce por lo ingeniosa, no por eso deja de ser teoría que no contando con el apoyo de las lesiones visibles está expuesta á una crítica tan fundada como la teoría y por consiguiente á un paso de lo que la ciencia se ha negado siempre á aceptar como argumento, cual es la metafisica.

Por consiguiente y á falta de una explicación plausible sobre el orígen y causas primeras de la histéria, nos limitaremos á enunciar una definición de la enfermedad, que satisfaga, renunciando desde luego á abordar un tema que otros más preparados han esquivado.

La histéria, dice Dutil (1) « es una afección « que consiste en una reunión de alteraciones fun- « cionales ó dinámicas del sistema nesvioso, muy « numerosas, muy diversas, y que agrupándose y « asociándose de mil maneras, realizan, según los « casos, sindromas clínicos de una variedad, por « decir así, indefinida.»

Esta definición la hemos elegido y adoptado porque dá, á nuestro juicio, en pocas palabras, una idea relativamente completa de todo lo que los fenómenos histéricos pueden abarcar.

(1) Charcot Bouchard y Brissaud, art. *Histeria*.

En efecto, sabemos qué infinidad de formas clínicas puede presentar esta curiosa enfermedad y cómo hay que contar con ella en la práctica diaria de las enfermedades nerviosas, pues como en el caso clínico que presento y muchos otros que he tenido ocasión de observar, el práctico puede ser arrastrado á un diagnóstico erróneo sin contar muchas veces con un solo indicio que lo guía y conduzca hácia la histería.

III

Entraremos pues de lleno á estudiar nuestro caso clínico.

Como puede juzgarse, el antecedente nervioso de parte de los antecesores no está resueltamente determinado.

Por un lado, la vaguedad de los datos, pues la espresión *tullido* puede corresponder á muchas afecciones, y por otro hay que tener en cuenta que no hay anamnesis de cualquier enfermo que sea, en que no se encuentre algo semejante. Por consiguiente la herencia neuropática á que los autores modernos dan tanta importancia, no se impone en este caso como un hecho indiscutible, condición indispensable para calificarla de elemento de diagnóstico.

El antecedente sifilítico, en cambio está perfectamente determinado.

En cuanto á las enfermedades infecciosas como causa determinante de la histeria, inclnsive la sífilis, pudieran hacer peso asociadas á otros síntomas, pero á nuestro juicio solo la sífilis es digna,

en este caso, de tomarse en cuenta como agente productor de lesiones más marcadas, en el sentido del tabes.

Creemos que no se puede trazar un cuadro más completo de tabes, que el que nuestra historia clínica presenta. En cambio hay ausencia completa de síntomas ó estigmas histéricos, pues las anestésias cutáneas y la ausencia del reflejo faríngeo no pueden considerarse como tales dado que tambien se presentan en el tabes, y aun cuando así no fuera no tendrían importancia como elemento de diagnóstico al lado de los demás síntomas que nuestro enfermo presenta.

Recorriendo los casos clínicos, que á propósito del síndroma histérico simulador del tabes, cita Souques en su tesis de doctorado, se encuentra que la histéria no ha sido en ninguno de ellos, desconocida, y esto se esplica por dos razones:

1°. Los casos de Souques no presentan síntomas completos de tabes, y todo á lo más se podrían relacionar á formas frustras de ésta enfermedad y

2°. Presentan síntomas y estígmas, bien determinados, de histéria.

Ahora bien, nuestro caso clínico presenta en apoyo del tabes un cuadro sintomático completo como puede juzgarse comparando nuestra historia con la sintomatología del tabes vulgar.

Recien en la última parte de la historia se observa que los síntomas tabéticos se precipitan y

en el espacio de pocos días vemos desarrollarse un cuadro que choca y contrasta singularmente con la marcha del tabes pues es conocido el carácter de cronicidad de éste y que su sintomatología se desarrolla y acentúa paulatinamente, de manera que recien después de algunos años alcanza á la cuadriplegia completa.

Es el primer indicio que puede llegar á hacernos dudar del diagnóstico primitivo y hacer sospechar que la histéria pudiera haber intervenido.

En seguida la curación del sujeto no deja ninguna duda, pues siendo como es el tabes un proceso esencialmente destructivo del elemento nervioso, no es humanamente admisible la posibilidad de la curación.

Hay que reconocer sin embargo que se trata de una forma clínica de histéria sumamente curiosa, pues ataca solamente los cordones posteriores de la médula respetando los laterales y anteriores, dejando intacto el centro cerebral.

En este caso, pues, correspondería justamente la denominación de *tabes dorsalis histérico*, así como al verdadero tabes se le podría llamar *tabes dorsalis infeccioso.*

IV

La série de síntomas producidos en este caso, llaman la atención por el orden y sucesividad con que se han ido produciendo y al mismo tiempo cómo el cuadro coincide con el de tabes.

Llevados naturalmente por el espíritu de generalización que debe presidir al raciocinio en casos de ésta naturaleza, se llega á conclusiones que á primera vista parecen avanzadas, pero que no son, por eso, menos ciertas.

En primer lugar puede decirse que cuando la histéria ha llegado á simular una enfermedad de sintomatología tan compleja, como el tabes, puede por consiguiente simular toda clase de enfermedades.

En seguida tenemos que la *triada* sintomática del tabes, de los autores, es decir dolores fulgurantes, signo de Argil Robertson y abolición de los reflejos tendinosos, que ha sido considerada hasta hoy como patognomónica del tabes, no es tal, pues nuestro caso ha simulado esta *triada* y presentado

además, al lado de los síntomas comunes, algunos de los poco frecuentes.

De todas estas consideraciones se deduce lo difícil que será en algunos casos, hacer un diagnóstico exacto apesar de toda la abstracción que el práctico pueda poner en juego.

Creemos sin embargo que estos casos son poco frecuentes y que el clínico que levanta una anamnésis metódica tiene forzosamente que encontrar ya sea un estado histérico anterior á la enfermedad actual, ya sea un antecedente hereditario neto ó finalmente algunos estigmas histéricos bien determinados que si bien no influirán decididamente para establecer el diagnóstico, harán que, todo médico precavido, reserve éste para cuando en exámenes diarios y repetidos de la sensibilidad, los reflejos, etc., encuentre persistencia y agravación sintomática, en vez de la instabilidad característica de la histéria.

Se comprenderá toda la importancia que éstas precauciones tendrán, si se tiene en cuenta la gran divergencia que, en cuanto al pronóstico y tratamiento, existe entre estas dos afecciones; pues mientras el tabes esencial necesita un tratamiento enérgico y que se dirige contra el proceso destructivo mismo, en la histéria este mismo tratamiento puede ser perjudicial por el debilitamiento general que produce y la decadencia moral que trae como consecuencia, dos agentes que precisamente están contraindicados y que en caso de producirse ale-

jarian, talvez indefinidamente, una curación completa que todo médico tiene derecho á esperar, dados los casos producidos.

Historia clínica.

—

Fermin F ..., de 21 años, brasilero, soltero, empleado, entró á la sala 6ª del Hospital San Roque, servicio del Dr. Ramos Mejía, el 5 de Mayo de 1895.

Antecedentes hereditarios.—La abuela paterna fué tullida desde algunos años antes de su muerte. El padre ha muerto, no sabe de qué, pero ha sido sano; la madre vive y es sana; tiene un tío tullido de ambas estremidades aunque ménos de los brazos; tiene tres hermanos de los que uno ha sido alcoholista; los demás viven y son sanos.

Antecedentes personales.—Ha tenido sarampión; á la edad de ocho años tuvo una hinchazón en una rodilla que le duró un mes. Hace tres años tuvo blenorragia con orquitis doble. Hace dos años tuvo un chancro seguido de infarto ganglionar en las ingles sin supuración, y hace tres meses una erupción en la frente con alopecia. El médico que lo asistió calificó su enfermedad de sífilis; tratado en consecuencia desaparecieron estos síntomas.

Hace un mes empezó la actual enfermedad por dificultad en los movimientos de las piernas, «las sentía pesadas», según su propia expresión; veía los objetos dobles y á veces sentía dolores en las piernas como si lo quemaran ó lo cortaran con un instrumento agudo. Ha tenido constipación y algunas veces era atacado de vómitos que le duraban alrededor de un cuarto de hora. Hace pocos días empezó á sentir adormecimiento y dificultad en los movimientos de los manos y brazos; por estas perturbaciones ingresa al Hospital.

Estado actual.—Hombre de regular estatura, panículo adiposo poco desarrollado, esqueleto bien constituido, sistema piloso algo escaso, piel blanca y sin ninguna cicatriz; no presenta ninguna asimetría facial ni torácica; diámetros torácicos y craneanos normales. No hay estigmas físicos objetivos de neurosis de ninguna clase. Hombre de carácter tímido y apático, se ruboriza con facilidad y por motivos insignificantes; su manera de espresarse es en voz baja y con calma.

Marcha.—Asienta el pié de plano y con la punta hácia afuera; hay incordinación en los movimientos, los pasos son desiguales, lanza con fuerza las piernas hácia adelante y asienta el pié con violencia.

Movimientos de los miembros superiores.—Hay incordinación de los movimientos de prehensión; tiene gran dificultad para abotonarse el saco; no hay temblor. Hay acción de *plâner*.

Hay signo de Romberg.

Reflejos tendinosos.—Patelares, del codo, del puño y masetéricos, completamente abolidos. No hay trepidación epileptóidea (fenómeno del pié).

Reflejos cutáneos.—Abdominal normal, cremastérico abolido, plantar normal.

Reflejo faríngeo.—Abolido.

Reflejos pupilares.—Las pupilas reaccionan á la acomodación y nó á la luz (signo de Argil-Robertson.)

No existe el sentido muscular; la fuerza está conservada.

Sensibilidad cutánea.—Táctil normal; térmica normal; dolorosa: hay zonas de anestesia en placas diseminadas, que no responden á ninguna distribución nerviosa; están limitadas á la piernas y al pecho; hay hiperestesia á lo largo de la columna vertebral; apófisis espinosas dolorosas á la presión.

Hay hormigueos en las manos.

Dolores en cintura en el toráx y abdómen.

Dolores bastante intensos en las piernas, pero el enfermo no los esplica bien; dice que son como si le cortaran en las rodillas y en las tíbias y que algunas veces son como si lo pincharan (fulgurantes?)

Tiene sensación de algodón al pisar el suelo, no puede distinguir si pisa en baldoza ó en alfombra; tiene sensación de frío en los piés y hormigueo

plantar; hay un retardo en la trasmisión dolorosa de 3/4 de segundo.

Aparato genito-urinario.—Funciones genésicas completamente abolidas. No hay incontinencia ni retención urinaria, pero tiene que hacer gran fuerza para orinar y algunas veces se vé obligado á hacerlo en cuclillas; se orina muchas veces en el pantalón creyendo que ha terminado la micción; hay verdadera insensibilidad al paso de la orina.

Aparato digestivo.—Constipación pertinaz; demás funciones digestivas normales.

Aparato de la visión.—Hay disminución de la agudeza visual y diplopia con intermitencias; hay desigualdad pupilar. Insuficiencia muscular en ambos ojos; retina ligeramente velada; papilas pálidas y vasos pequeños. Campo visual normal.

Se instituye tratamiento mercurial empezando por fricciones de seis gramos de ungüento hasta llegar á doce; ioduro de potasio á dosis elevadas. Puntas de fuego á lo largo de la columna vertebral. Suspensión de Zayre.

Junio 1º.—Los movimiemtos de los miembros se han hecho más difíciles, acentuándose la incordinación, con persistencia de todos los síntomas enumerados en el párrafo anterior. La paralísis progresa dia á día hasta llegar el

15 de Junio.—Cuadriplegia completa; no hay más

movimientos que los de la cabeza y aún siente dificultad para los movimientos del cuello; su posición en la cama es la del decubito-dorsal pasivo. Sin embargo, levanta las piernas sobre la cama unos cuatro centímetros. Los dedos de las manos y piés completamente inmóviles. Paralisis á forma flácida. Estado moral muy deprimido. Reflejos tendinosos pupilares y cutáneos completamente abolidos.

La sensibilidad no ha experimentado más alteración que un ligero adormecimiento en ambas manos. Se suspende todo tratamiento.

Esta cuadriplegía ha durado veinte días.

Los movimientos han ido apareciendo poco á poco, comenzando por los dedos y manos, siguiendo por los brazos y piernas. Esta vuelta de la motilidad es gradual y progresiva. No hay dolores. Constipación pertinaz.

1º de Julio.—El enfermo ha recobrado todos sus movimientos y se levanta, volviendo poco más ó menos á su estado anterior á la cuadriplegia, en cuanto se refiere á la motilidad. Los reflejos tendinosos continúan abolidos.

El signo de Argil-Robertson ha desaparecido y las pupilas reaccionan con facilidad. El signo de Romberg se presenta con intermitencias. Hay una ligera paralisis de los estensores del brazo derecho. No hay ningún dolor. Funciones urinarias y digestivas normales.

Agosto y Setiembre.—La marcha se hace aún con

poca desenvoltura; asienta el pié llevando la punta hácia afuera, pero los pasos son regulares en su forma y extensión no notándose incordinación.

A mediados de Setiembre aparece el reflejo patelar, aunque débil, acentuándose con la maniobra de Gendrasik. Siente aún pesadéz en las piernas pero se dá perfecta cuenta del suelo en que pisa, pudiendo marchar con regularidad con los ojos cerrados. No hay diplopia. Se hacen aplicaciones eléctricas en los miembros inferiores, con éxito. Se actua sobre su estado moral por exhortaciones á las que el enfermo se presta por su carácter sugestionable.

El 1° de Octubre presenta mejoría en la marcha y aparece exajerado el reflejo patelar izquierdo y del codo derecho.

No hay ninguna alteración de la sensibilidad.

GUILLERMO ROJO.

Octubre de 1895.

Buenos Aires, Octubre 28 de 1895.

Sírvanse informar sobre la admisibilidad de este trabajo, los señores: Académico Dr. José Penna, Profesor Titular Dr. José M. Ramos Mejia y Profesor Suplente Dr. Abel Ayerza.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
L. Acuña.

Esta tésis está conforme con lo que prescribe el Reglamento.

Noviembre 4 de 1895.

José Penna.—J. M. Ramos Mejía.—Abel Ayerza.

Buenos Aires, Noviembre 6 de 1895.

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado esta tésis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
L. Acuña.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

El mejor tratamiento de las manifestaciones histéricas, es la sugestión.

La paralísis infantil es siempre de orígen infeccioso.

El tratamiento de elección de los cálculos vesicales es la litotricia.