AÑO 1911. Núm. 2344.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

SOBRE CINCUENTA CASOS DE AFECCIONES NERVIOSAS SIFILITICAS Y PARA - SIFILITICAS TRATADOS POR EL DIOXIDIAMIDOARSENOBENZOL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS PREIONI

EX - PRACTICANTE EXTERNO, MENOR Y MAYOR INTERNO DEL HOSPITAL SAN ROQUE
1906-07-08-09-10-11

EX - AYUDANTE DE LA CLÍNICA DEL PROFESOR FRANCISCO S. SICARDI
1908-09-10-11

"LA CIENCIA MEDICA"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES

SOBRE CINCUENTA CASOS DE AFECCIONES NERVIOSAS SIFILITICAS Y PARA - SIFILITICAS TRATADO POR EL DIOXIDIAMIDOARSENOBENZOL

AÑO 1911. Núm. 2344.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

SOBRE CINCUENTA CASOS DE AFECCIONES NERVIOSAS SIFILITICAS Y PARA - SIFILITICAS TRATADOS POR EL DIOXIDIAMIDOARSENOBENZOL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS PREIONI

EX - PRACTICANTE EXTERNO, MENOR Y MAYOR INTERNO DEL HOSPITAL SAN ROQUE
1906-07-08-09-10-11
EX - AYUDANTE DE LA CLÍNICA DEL PROFESOR FRANCISCO S. SICARDI
1908-09-10-11

"LA CIENCIA MEDICA"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vértidas en las tésis.

Articulo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. Eufemio Uballes

Vice-Presidente

Dr. D. Pedro N. Arata

Miembros titulares

1. Dr. D. José T. Baca
2. » » Jacob de Tezanos Pinto
3. » » Eufemio Uballes
4. » » Pedro N. Arata
5. » » Roberto Wernicke
6. » » Pedro Lagleyze
7. » » José Penna
8. » » Luis Güemes
9. » » Eliseo Cantón
10. » » Enrique Bazterrica
11. » » Antonio C. Gandolfo
12. » » José M. Ramos Mejía
13. » » Daniel J. Cranwell
14. » » Horacio G. Piñero
15. » » Juan A. Boeri
16. » » Angel Gallardo
17. » » Carlos Malbran
18. » » M. Herrera Vegas
19. » » Angel M. Centeno
20. » » Francisco A. Sicardi
21. » » Diógenes Decoud
22. » » Baldomero Sommer
23. » » Francisco Davel

Secretario

Dr. D. Daniel J. Cranwell

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. Dr. D. Eduardo Wilde
2. » » Martin Spuch
3. » » Telémaco Susini
4. » » Emilio R. Coni
5. » » Olhinto de Magalhaes

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JOSÉ ARCE
» » J. A. BOERI (Suplente)
» » PEDRO LACAVERA
» » ENRIQUE ZÁRATE

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoologia Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Fisica Médica	» ALFREDO LANARI
Quimica Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Quimica aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histologia	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomia Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomia Descriptiva	» RICARDO S. GÓMEZ
Semiologia y ejercicios clinicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomia Topográfica	» AVELINO GUTIERREZ
Fisiologia General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomia Patológica	» TELEMACO SUSINI
Bacteriologia	» CARLOS BALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patologia Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat. y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSE PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSE M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GUEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clinica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pedriática	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIOGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTON

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUAN R. FERNANDEZ
» JOSÉ T. BACA
» JUVENCIO Z. ARCE

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Dermatog. Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Botánica Médica	„ RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	„ JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	„ JUAN CÁRLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	„ FELIPE JUSTO
Anat. Topográfica	„ ROBERTO SOLÉ
	„ CARLOS R. CIRIO
Clínica Ginecológica	„ JAIME SALVADOR
	„ TORIBIO PICCARDO
» Oto-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
» Dermo-sifilopática	„ NICOLAS V. GRECO
Patología externa	„ CARLOS ROBERTSON
	„ RICARDO S. GÓMEZ
Medicina Operatoria	„ PEDRO CHUTRO
Patología interna	„ RICARDO COLÓN
	„ PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmologica	„ ENRIQUE DEMARIA
» Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
	„ MARCELO VIÑAS
	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
	„ JOSÉ ARCE
	„ ARMANDO MAROTTA
» Neurológica	„ MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	„ PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	„ LUIS AGOTE
	„ DAVID SPERONI
	„ JUAN JOSÉ VITÓN
	„ RAFAEL BULLRICH
	„ PABLO MORSALINE
Clínica Obstétrica	„ ENRIQUE A. PARDO
	„ ENRIQUE ZÁRATE
	„ ARTURO ENRIQUEZ
	„ ALBERTO PERALTA RAMOS
	„ FAUSTINO J. TRONGÉ
Clínica Pediátrica	„ MANUEL A. SANTAS
	„ MAMERTO ACUÑA
	„ GENARO SISTO
» Génito-urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
	„ JOAQUÍN NIN POSADAS
» Psiquiatrica	„ JOSÉ BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomia, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Quimica orgánica aplicada	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	» JUAN A. BOERI
Física Farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmaceuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posologia razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiologico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	» UBALDO FERNANDEZ
	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología.	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapèutica dentarias, Medicina Legal..... ...	» N. ETCHEPAREBORDA

Catedrático suplente

DR. RODOLFO ERAUZQUIN

Padrino de Tesis·

Doctor FRANCISCO A. SICARDI

Académico, consejero y profesor de la Facultad de Medicina

A MIS PADRES

A LOS MIOS

Al Doctor DOMINGO HAROSTEGUY

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Presento á vuestra alta consideración este trabajo, cuyo único mérito sea tal vez, el de ser la última prueba que la Facultad me exija antes de darme título para el ejercicio profesional.

Al abandonar las aulas universitarias en las que han pasado los años más intensos de mi vida de estudiante y en las adquirió mi cerebro ciencia, mi alma rectitud y mi voluntad carácter, no puedo hacerlo sin recordar con respeto á cada uno de los que á ello contribuyeron.

A mi querido maestro doctor Francisco Sicardi, de quien tantas enseñanzas he recibido, que al par que clínica, me enseñó la finalidad del bien y que me hace el altísimo honor de apadrinarme en este trabajo complementario de mi carrera. Eterno reconocimiento.

Profundo afecto á los doctores Bullrich y Casás, de

quienes no he recibido más que enseñanzas y distinciones.

Mi agradecimiento á los doctores Chiappori y Montanaro, que tan provechosa han hecho mi estadía en el servicio de nerviosas del Hospital San Roque.

Recuerdo afectuoso y agradecido al doctor Sommer por la parte que él también tiene en este modesto trabajo.

Sobre cincuenta casos de afecciones nerviosas sifilíticas y para sifilíticas tratados por el dioxidiamidoarsenobenzol.

Por mucho tiempo todavía, la aplicación en clínica del nuevo preparado de Ehrlich será un asunto de actualidad en medicina. Nos lo demuestra la variabilidad tan grande de opiniones, en cuanto á la técnica y sus efectos, aparecidas en los pocos meses que ha hecho irrupción en la práctica.

Los estudios del sabio, llegaron á conclusiones que en el laboratorio se acercaron á las deducciones matemáticas, pero que al experimentarse en el hombre perdieron en precisión.

La «esterilización magna» es un ideal que para ser alcanzado invariablemente en la clínica requerirá todavía muchos pacientes estudios.

Los casos objeto de nuestra observación, en realidad no han sido todos elegidos. La rara propagan-

da periodística con que se anunció la nueva preparación, trajo al servicio de nerviosas del Hospital San Roque una legión de incurables, la gran mayoría difíciles de convencer del poco beneficio que les reportaría el medicamento (tabes avanzados, antiguos reblandecidos y las afecciones más diversas). Sin embargo en muchos de ellos se ha tratado de investigar las modificaciones en los síntomas más penosos, como por ejemplo, en los dolores y crisis gástricas de los tabéticos, etc. Por lo demás lo sucedido entre nosotros ha pasado en todos los países y no hay comunicación que no nos hable de la acción del 606 sobre el tabes ó la parálisis general, á pesar de las restricciones que señala Ehrlich.

Confesamos que necesitaríamos seguir muchos más casos, especialmente de aquellos en que predominen las lesiones meningo-mielíticas gomosas que con tan buen resultado son tratados por el mercurio, para podernos formar criterio exacto de la eficacia y rapidez de acción del nuevo preparado. Al contrario de lo que hubiéramos deseado, entre nuestras observaciones existe buen número con lesiones degenerativas ; y se explica que así sea, por tratarse de sujetos que no obtenían mayor beneficio del mer-

curio, creyendo encontrar en el 606 la medicación salvadora.

De manera que nuestro modesto trabajo contiene el resumen de lo que hemos observado.

En tabes incipientes.

En la modificación de signos de tabes avanzados.

En la parálisis general.

En las hemiplegia específicas recientes.

En las mielitis específicas.

En un caso de parálisis del motor ocular común.

EN EL TABES

El tabes ha sido la afección sino la más apropia-
da, la que más casos ha dado para nuestras obser-
vaciones, y si á esto agregamos el haberse presen-
tado en diversos períodos y variadas formas clíni-
cas, se deducirá que la observación no ha dejado
de tener algún interés.

Al experimentar la acción de un medicamento,
sobre una afección tan proteiforme como el tabes,
se puede llegar á conclusiones erróneas, sino se tie-
nen bien presentes algunas circunstancias. En efec-
to, las formas de comienzo tan diversas de esta afec-
ción, así como la agrupación de sus signos, la fuga-
cidad de muchos de estos, su aparición ó desaparición
definitiva por causas que se nos escapan, las evolu-
ciones rápidas verdaderas formas agudas, las for-
mas estacionarias, las monosintomáticas, etc., etc.

Son causales todos perfectamente dispuestos para inducir en error á los experimentadores no muy avezados, anotando por cuenta del medicamento en experiencia modificaciones que pueden pertenecer pura y exclusivamente á la evolución expontánea de la enfermedad.

Por otra parte ¿no tiene la sugestión una acción manifiesta sobre numerosos signos de afecciones orgánicas ?

Además, las perturbaciones de la sensibilidad cuando no son tan intensas que lleguen á su abolición total á una de sus formas, presentan diversas gradaciones en su intensidad, para cuya apreciación, lejos de tener una medida invariable de uso en la clínica, nos vemos obligados á basarnos en las manifestaciones del paciente, en la subjetividad de sus sensaciones, con todos sus errores inherentes. Hay que contar también con su imparcialidad, pues su buena voluntad (algunas veces demasiado bien predispuesta á ayudar la acción de un medicamento) puede también inducirnos en error. Y por último debemos tener en cuenta las asociaciones histero orgánicas.

Entre los casos por nosotros tratados hemos te-

nido desde el pre tabético al tabético caquéctico, como del tabes casi estacionario al de rápida evolución y si á esto agregamos el número de los enfermos tratados, se verá que nos hemos colocado en condiciones de poder sacar algunas conclusiones.

Que el dioxidiamidoarsenobenzol no cura al tabes, no es cosa que deba mucho sorprendernos ; pues sería exagerado pretender con un medicamento, sea cual fuere, curar esta afección una vez confirmada ; pero sí entraremos á discutir su acción sobre la evolución de esta afección, si es capaz de hacer cesar no digo los síntomas existentes, sino la aparición de otros nuevos que indicarían que el tabes continúa avanzando, especialmente en las formas ó períodos incipientes.

Se citan casos de tabes no muy avanzados que han sido curados por esta nueva medicación, entre los observados por nosotros ninguno mejoró ; pues los síntomas que tenían antes de la inyección han persistido, sino todos, los principales de la afección.

Que ha habido modificación de síntomas, fuera de duda ;pero hay que dar á muchos de estos el valor relativo que tienen y más que todo, no olvidar su evo-

lución y hasta su fugacidad, que si en el resto de las enfermedades es importante, en el tabes es imprescindible, pues su falta de profundo conocimiento, puede hacer llegar á conclusiones erróneas debido á falsas interpretaciones.

La inyección de dioxidiamidoarsenobenzol no ha disminuído los dolores fulgurantes, ni las crisis gástricas.

He aquí casos que lo demuestran :

OBSERVACION I

F. P., 42 años, chancro hace doce años ; hace tres crisis gástrica que le duró ocho días, desde esa época al presente sólo le molestaron dolores rápidos é intensísimos en sus miembros inferiores, especialmente en la planta del pie derecho. Ingresa al servicio con crisis gástrica, teniendo como otros síntomas además de las crisis, dolores fulgurantes en sus miembros inferiores y Argyll-Robertson ; no existiendo Romberg, *W*estphal, ni abolición de reflejo aquileano, tampoco hay Fournier.

Se le hace una inyección intravenosa de 0.40 cen-

tígramos de dioxidiamidoarsenobenzol, después de la cual la crisis gástrica y los dolores fulgurantes se exageran, persistiendo en esta estado durante siete días, al cabo de los cuales cesan bruscamente, dejando al enfermo muy deprimido. Pocos días de ausencia de las crisis bastan para que aumente de peso y mejore notablemente su estado general, pero quince días después de terminada la anterior crisis gástrica, le aparece una nueva que lo adelgaza y deprime como antes. En el intervalo de las crisis ha tenido dolores fulgurantes en sus miembros inferiores.

OBSERVACION II

F. G., 48 años, chancro hace veinte años, desde hace año y medio dolores fulgurantes en sus miembros inferiores, de vez en cuando crisis gástricas, dolor en cintura y una opresión como si estuviese encorselado ; los dolores fulgurantes son casi cuoti-

dianos. Desde hace un año marcha con un poco de dificultad ; hoy la marcha es atáxica, hay Romberg, Argyll-Robertson, abolición de reflejos rotulianos y aquileanos, diplopia pasajera y estereognosis muy perturbada, como resultante de las alteraciones de todas las clases de sensibilidad.

Se le hace una inyección intravenosa de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol.

Los dolores fulgurantes persisten con igual intensidad que antes de la inyección. Dice el enfermo que tiene más seguridad para caminar, pero objetivamente no se nota modificación alguna, ó por lo menos es muy difícil graduar modificaciones tan ligeras en síntomas tan complejos como la ataxia.

Enfermos que desde hacía mucho tiempo no tenían crisis gástricas, las han tenido é intensas días después de la inyección. No pretendemos hacer culpable de ellas al dioxidiamidoarsenobenzol, pero sí demostrar, que así como es incapaz de modificar favorablemente la crisis gástrica una vez producida, también lo es de prevenirlas y lo que decimos de las crisis gástricas lo hacemos extensivo á los dolores fulgurantes.

OBSERVACION III

V. S., 40 años, chancro hace veinte y dos años, crisis gástricas hace dos años que duraron un mes, no habiéndose repetido. Desde hace un año comienza á notar que camina mal de noche, al mismo tiempo que le aparecen dolores intensos, pero fugaces en los miembros inferiores acompañados de opresión toráxica.

Tiene marcha atáxica, Romberg, hipotonicidad muscular, retardo en la percepción de todas las formas de la sensibilidad, Argyll-Robertson, Westphal y reflejos cutáneos disminuídos.

Se le hace una inyección intravenosa de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol.

En los ocho primeros días siguientes á la inyección, no se nota en el enfermo modificación alguna; pero al noveno, aparece una crisis gástrica muy intensa que dura quince días haciéndolo adelgazar mucho; terminada esta crisis, vuelve á su primitivo estado.

OBSERVACION IV

J. G., 32 años, chancro hace once años, desde hace tres años dolores intensos y fugaces en sus miembros inferiores, por temporadas crisis gástrica, desde hace cinco meses nota flojedad en las piernas ; como si hiciera la reacción de Wassermann y resultase positiva, por primera vez se hace tratamiento mercurial en forma intensiva hasta que se le practica la inyección de dioxidiamidoarsenobenzol (0.40 ctgrs. intravenosa).

Tiene marcha atáxica, hipotonia, Romberg, Westphal, Argyll-Robertson, anisocorea (pupila D > I), reflejos cutáneos disminuídos y retardo en la percepción de la sensibilidad tactil, térmica y dolorosa en los miembros inferiores, tanto más notable cuanto más se acerca á la extremidad distal de sus miembros.

Siete días después de hecha la inyección le aparecen dolores fulgurantes en sus miembros inferiores y crisis gástricas muy intensas todavía no ex-

perimentadas por el enfermo. Hacía cuatro meses que no tenía manifestaciones dolorosas.

La ataxia tampoco ha sido modificada por esta medicación, porque si bien hubo ligera mejoría en la marcha en un caso, se verá de su estudio, que la mejoría fué debida no á la acción del dioxidiamidoarsenobenzol sobre la afección medular, sino sobre la afección intercurrente que padecía el sujeto (tuberculosis), enfermedad sobre la cual es por demás conocida la acción de los arsenicales.

OBSERVACION V

Se trata de un enfermo de 50 años de edad, ha tenido chancro hace veinte y tres años, hace ocho comenzó á sentir dolores fulgurantes en sus miembros superiores é inferiores, al mismo tiempo que un dolor en cintura, como si estuviese encorselado. Un año más tarde tuvo crisis gástricas muy intensas.

Desde hace cuatro años nota que no camina bien y siente el piso como algodón.

Actualmente marcha muy atáxica, ataxia estática

(Romberg), anisocorea (pupila D < I), Westphal, Argyll-Robertson, reflejos cutáneos disminuídos, retardo en la percepción de todas las formas de la sensibilidad, sobre todo en sus miembros inferiores.

En el vértice izquierdo del pulmón, submatitez, respiración soplante, pectoriloquia afona.

Se encuentran bacillos Koch en el análisis del esputo.

Se le hace una inyección de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol.

Después de practicada la inyección se observa que el enfermo tiene más fuerza para caminar, no necesitando ya para hacerlo la compañía de un sirviente y el bastón como antes, sino simplemente este último; la ataxia en cambio no ha disminuído. En una palabra, el enfermo ha mejorado en su estado general y no en su afección medular.

Lo que más hemos observado son modificaciones de la sensibilidad, pero han sido modificaciones pasageras, que á primera vista parecerían debidas á la medicación instituída, pero que su reaparición no

hace más que confirmar la fugacidad de muchas perturbaciones tabéticas.

Esto en cuanto á las modificaciones de la sensibilidad dependientes del tabes, porque si agregamos las imputables á la histeria que con frecuencia se le asocian, nos sería más fácil explicar muchas modificaciones de la sensibilidad «soi disant» obtenidas con el dioxidiamidoarsenobenzol.

He aquí casos de tabes con las habituales perturbaciones de sensibilidad dependientes del mismo tabes y otros de la histeria sobreagregada á la afección orgánica.

OBSERVACION VI

O. N., 35 años, chancro hace trece años seguido de roseola y cefalalgia, hace cinco comenzó á tener dolores en cintura y opresión torácica, como si estuviese encorselado, hace uno diplopia y ptosis parpebral pasajeras. La ataxia se inició un año ha, acompañada de dolores fulgurantes en los miembros inferiores y disuria. Desde que se manifestaron

los primeros síntomas nerviosos se ha practicado un tratamiento mercurial periódico.

Actualmente tiene marcha atáxica, temblor fino, Romberg, Westphal, reflejos cutáneos disminuídos, anisocorea (pupila I > D) de formas algo ovalares, Argyll-Robertson y estereognosis mal debido á que todas las formas de la sensibilidad están disminuídas en sus miembros superiores é inferiores. En la cara ántero-interna de ambos antebrazos existe una placa de anestesia.

Tiene una lesión mitral (insuficiencia) perfectamente compensada.

Se le hace una primer inyección intramuscular de 0,50 centígramos, después de la cual dice el enfermo que orina mejor y que distingue mejor los objetos con su mano derecha; persiste la placa de anestesia de ambos antebrazos y el retardo en la percepción de todas las formas de la sensibilidad de sus miembros inferiores. Días después tiene una crisis gástrica muy intensa y dolores fulgurantes en sus miembros inferiores y superiores, acompañados de opresión torácica.

Dos meses después de la primer inyección se le hace una segunda, también esta vez intramuscular y

de 0.50 centígramos. Esta segunda inyección no produjo modificación alguna en el enfermo.

OBSERVACION VII

M. M., 30 años, chancro hace diez años, desde hace dos, calambres y dolores fugaces é intensos en los miembros inferiores, poco tiempo después opresión torácica y retención de orina. Hace un año ptosis parpebral izquierda que desapareció á los tres meses.

Tiene marcha atáxica pronunciada, Romberg, los reflejos tendinosos de los miembros inferiores suprimidos, anisocorea (pupila D > I) Argyll-Robertson y reflejos cutáneos muy disminuídos.

La sensibilidad táctil, térmica y dolorosa se encuentra disminuída en los miembros superiores é inferiores, tanto más intensamente cuanto más nos alejamos de la raiz de los miembros. La estereognosis y sentido muscular están también perturbados.

Se le hace una inyección intravenosa de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol.

La inyección no produce ninguna modificación, las perturbaciones sensitivas están como antes. Un mes después le aparecen dolores fulgurantes y opresión torácica.

OBSERVACION VIII

F. F., 28 años, chancro hace siete años seguido de roseola y cefalalgia. Desde hace tres años opresión torácica, crisis gástrica y dolores fulgurantes. Marcha bien, no hay ataxia, ni aún en movimiento (Fournier), hay esbozo de Romberg, no hay Argyll-Robertson, hay abolición de reflejo rotuliano y aquileano, los reflejos cutáneos normales. En la cara anterior y borde externo del antebrazo izquierdo existe una placa de hiperestesia en que el más ligero contacto provoca dolor.

Se le hace una inyección intramuscular de 50 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol.

Las modificaciones que se observan después de la inyección son muy ligeras; los dolores fulgurantes no son tan intensos y la sensibilidad de la placa

hiperestésica ha disminuído. Estas modificaciones favorables duran cinco días, al cábo de los cuales el enfermo se encuentra en el mismo estado que antes.

OBSERVACION IX

O. M., 43 años, chancro hace quince años, tratamiento mercurial mal llevado.

La enfermedad comenzó hace cuatro años con flojedad de las piernas y grandes dolores, síntomas que fueron progresando y extendiéronse á los miembros superiores, en un año la marcha le fué ya imposible.

Tiene ataxia de todos sus miembros, hipotonicidad muscular muy marcada, Romberg, reflejos tendinosos todos suprimidos lo mismo que los cutáneos, diplopia pasajera, anisocorea (pupila I > D) Argyll-Robertson, por momentos incontinencia de orina. La sensibilidad está disminuída en todas sus formas, tactil, térmica y dolorosa, lo mismo que el sentido muscular y la estereognosis, predominan estos trastornos en los miembros inferiores.

Se le hace inyección intramuscular de 0.50 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol.

Observado días después, no se nota ninguna mejoría, ni modificación de síntomas, las perturbaciones de la sensibilidad en el mismo estado que antes.

Dos meses después de la primera, se le hace una segunda inyección intramuscular, como después de la primera no se nota ninguna mejoría, siendo por el contrario más intensos los dolores fulgurantes y la opresión torácica.

OBSERVACION X

M. L., 35 años, chancro hace quince años, no ha hecho tratamiento mercurial hasta hace año y medio. La primer manifestación de su enfermedad remonta á dos años, en que comenzó á sentir dolores punzantes en los talones, poco después las piernas fueron perdiendo seguridad para la marcha, hasta hace seis meses en que la ataxia se hizo manifiesta.

Desde hace dos meses diplopia y disminución de la visión del ojo derecho. Los reflejos rendinosos de los

miembros inferiores están suprimidos, disminuídos los cutáneos, hay hipotonicidad muscular, Romberg, anisocorea (pupila I > D) que reaccionan perezosamente á la luz, paresia del recto externo derecho y atrofia de la papila del mismo lado.

La sensibilidad tactil disminuida en los miembros inferiores, la dolorosa en los superiores é inferiores, la térmica solamente retardada en los inferiores lo mismo que el sentido muscular, estereognosis mal.

Se le hace una inyección intramuscular de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol, ésta no modifica en nada los síntomas presentados por el enfermo, las perturbaciones de la sensibilidad están en el mismo estado. Al mes se le hace una segunda inyección con el mismo resultado negativo que la anterior.

Hasta ahora he mencionado casos con perturbaciones de la sensibilidad dependiente del tabes, pero quiero también ocuparme de algunos en que interviene la historia al tabes sobreagregada, que hace tan variable las perturbaciones sensitivas en estos enfermos, además que difícil la interpretación de los

resultados de una medicación, en lo que á estos síntomas se refiere.

OBSERVACION XI

J. J., 34 años, chancro hace nueve años, hace uno talalgia que fué seguida de flojedad en ambas piernas, últimamente gastralgias intensísimas que lo han denutrido notablemente, ha experimentado la flexión brusca é involuntaria de las piernas denominada «effonddement».

Actualmente presenta marcha atáxica, Romberg, hipotonicidad muscular, Argyll-Robertson, abolición de reflejos tendinosos de los miembros superiores é inferiores y disminución de los cutáneos. El sentido muscular se encuentra algo perturbado, la estereognosis regular, disminución y retardo de la sensibilidad tactil, térmica y dolorosa en los miembros inferiores.

En la región inguino crural izquierda existe una zona de hiperestesia en la que el más ligero contacto provoca un espasmo general, siendo muy va-

riable la intensidad de esta reacción de un momento á otro, obedeciendo á causas que se nos escapan.

En su antebrazo y mano derecha presenta una zona de hipoestesia en forma de guante.

Se le hace una inyección intramuscular de dioxidiamidoarsenobenzol (0.40 centígramós).

Al día siguiente de hecha la inyección, se observa que la zona de hiperestesia había desaparecido, lo mismo que la de hipoestesia del antebrazo y mano; días después el enfermo aumenta de peso, las pupilas reaccionan perezosamente á la luz y aparece nuevamente una placa de hiperestesia no ya en la región inguino-crural izquierda, sino en él hipocondrio izquierdo.

Se le hace á este enfermo una segunda inyección que no produce ninguna mejoría, al contrario, poco tiempo después, tiene una crisis gástrica muy intensa que lo hace adelgazar de nuevo.

Se ha afirmado que el dioxidiamidoarsenobenzol tiene una especial acción benéfica en los casos incipientes y muy poca en los ya constituídos.

Esta manera de pensar seduce mucho más que los que afirman haber curado tabes avanzados. Pero aquí cabe preguntar: ¿Han sido esos casos in-

cipientes curados, individuos que marchaban hacia la ataxia locomotriz ó simplemente «supuestos» tabéticos iniciales ? ¿Por qué cuando hay modificaciones pupilares, de la reflectividad, perturbaciones sensitivas, asociadas, dejan de ser casos incipientes ? ¿O es que cualquier dolor estomacal, una talalgia, un dolor en cintura, un dolor irradiado rápido, «eléctrico» de los miembros inferiores, bastan para pensar en un tabes que se inicia por el hecho de ser el enfermo un sifilítico antiguo ?

Queremos decir lo siguiente : que algunos tabes incipientes curados, no han sido tabéticos más que en el diagnóstico ; que el verdadero diagnóstico precoz siempre será un diagnóstico *dudoso*. Y no nos olvidamos al hablar así, del examen del líquido céfalo-raquídeo.

A propósito de lo que acabamos de decir, he aquí la observación de dos casos ; el uno con el diagnóstico dudoso del verdadero tabes incipiente, cuya sintomatología no es modificada, á pesar de la precocidad del tratamiento por el dioxidiamidoarsenobenzol ; el otro un tabes indudable, de evolución rápida y muy pocos meses comienzo que lejos de retroceder continúa avanzando después de la inyección.

OBSERVACION XII

R. S., 22 años, chancro hace uno, desde hace dos meses dolores intensos y fugaces en sus miembros inferiores, abolición de reflejos rotuliano y aquileano, linfocitosis líquido céfalo-raquídeo. No se encuentra ningún otro síntoma de tabes.

Se le hace una inyección intravenosa de 0.40 centígramos de dioxidiamedoarsenobenzol.

Un mes después todavía persisten los dolores fulgurantes de sus miembros inferiores, lo mismo que la abolición de los reflejos tendinosos.

OBSERVACION XIII

X F. C., 51 años, chancro hace quince años, desde hacen siete meses dolores fulgurantes en su pierna derecha, desde hace cinco nota que tambalea al caminar, especialmente si lo hace de noche ó en la obscuridad.

Actualmente marcha ligeramente atáxica, Romberg, Westphal, disuria y anirocorea (pupila D > I).

Inyección intravenosa de 0.40 centgíramos de dioxidiamidoarsenobenzol.

Observado quince días después, se nota que los dolores fulgurantes de su pierna derecha persisten y que la marcha tiene tendencia á ser más atáxica.

———

Si echamos una mirada entre los tabéticos, encontramos muchos, que con uno ó dos síntomas permanecen durante diez y quince años, sin que la afección avance ni retroceda. Claro está que si olvidamos la existencia de estas formas clínicas, que lejos están de ser raras, y empleamos un medicamento cualquiera, observando después que la afección no avanza, pretenderemos hacer depender la detención de su evolución, del medicamento empleado y no de la evolución de la afección misma, que como en ninguna es en el tabes tan caprichosa. En este caso solamente muchas observaciones largo tiempo seguidas, podrían resolver el punto.

OBSERVACION XIV

J. S., 46 años, sífilis hace veinte años, hace diez y ocho opresión tarácica, flojedad de las piernas y

dolores fugaces é intensos en los miembros inferiores, desde esa época se ha mantenido estacionario, solamente molestado pocas veces por dolores fulgurantes. No hay ataxia, pupilas reaccionan perezosamente á la luz, hay abolición de reflejos rotuliano y aquileano, los cutáneos bien, lo mismo que todas las formas de la sensibilidad.

Claro está, que para poder decir en este caso que el dioxidiamidoarsenobenzol ha actuado favorablemente, hubiéramos debido obtener retrocesión de síntomas y no lo que hemos observado, continuación de su estado estacionario.

Pero entre los casos por nosotros tratados no han faltado algunos que á nuestra manera de ver son demostrativos en lo que se refiere á la acción del dioxidiamidoarsenobenzol sobre la evolución del tabes.

Me refiero á casos en que después de la inyección hemos observado síntomas y manifestaciones nuevas, que nos demostraban que el tabes no había cesado en su evolución, que continuaba su marcha tal cual antes de la inyección. Helos aquí.

OBSERVACION XV

J. J. G., 39 años, chancro hace nueve años, hace año y medio, opresión torácica y dolores fulgurantes

en los miembros inferiores, desde hace seis meses constipación y retención de orina. Marcha ligeramente taqueada, hay Westphal, Argyll-Robertson.

Se le hace una inyección intravenosa de 0.40 centígramos de dioxidiamedoarsenobenzol.

Durante los veinte días siguientes á la inyección no se observa ninguna mejoría ni modificación de síntomas ; pero al mes aparece una parálisis de la cuerda vocal derecha, que todavía persiste y que no puede ser de otro origen que tabética, por no encontrarse otra causa que pueda explicarla.

Mencionaré otro caso, que tiene tanta importancia como el anterior. Se trata de un tabes reciente de rápida evolución, que á pesar de ser tratado por el dioximidoarsenobenzol no se consigue mejoría, ni aún detener su marcha progresiva.

OBSERVACION XVI

G. J. C., 22 años, chancro hace diez años, la primer manifestación remonta á diez meses, siendo flojedad en ambas piernas, no ha tenido dolores ni crisis gástrica.

Presenta actualmente marcha atáxica, abolición de reflejos rotulianos y aquileano y reacción perezosa de las pupilas á la luz. No existe ningún otro síntoma de su afección.

Se le hace una inyección intravenosa de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol.

Los primeros días consecutivos á la inyección no nota el enfermo novedad alguna, pero después que han pasado quince ó veinte observa que tiene mayor dificultad para marchar, observación que es corroborada por la nuestra ; pues notamos que la ataxia ha aumentado.

El enfermo se decide á una nueva inyección esta vez intramuscular (0.50 centígramos).

Un mes después de esta segunda inyección observamos al enfermo, que tiene ahora netamente Argyll-Robertson y la marcha muy atáxica, tanto que casi le impide caminar.

———

Con lo dicho y más que todo, con la observación razonada de los casos que he mencionado, es más que suficiente para darse cuenta de la poca impor-

tancia de las modificaciones obtenidas en los tabéticos, con esta nueva medicación arsenical.

No obstante, para hacer más completa la reseña de los casos por nosotros tratados, agregaré como apéndice otras observaciones, que no hacen más que confirmar lo ya dicho por nosotros.

OBSERVACION XVII

P. M., 40 años, chancro hace 11 años, desde hace siete, flojedad en las piernas. Actualmente marcha muy atáxica, hipotonia, Westphal, Argyll-Robertson, retardo y disminución de la sensibilidad.

Inyección intramuscular de 0.45 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol. No produce ninguna modificación.

OBSERVACION XVIII

F. G., 36 años, chancro hace doce años, desde hace cinco marcha atáxica, hay Romberg, Westphal, Argyll-Robertson, retardo y disminución de la sensibilidad en los miembros inferiores.

Inyección intramuscular de 0.50 centígramos, que no produce ninguna modificación.

OBSERVACION XIX

M. M., 40 años, chancro hace siete años, desde hace veinte meses disminución de la visión del ojo izquierdo, luego del derecho. Actualmente apenas distingue la luz, hay Westphal, Argyll-Robertson y ha tenido dolores fulgurantes.

Se le hace una inyección intramuscular de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol. No produce modificación apreciable.

OBSERVACION XX

A. A., 40 años, chancro hace catorce, desde hace tres años ha ido perdiendo paulatinamente la visión del ojo izquierdo, actualmente no ve con este ojo absolutamente nada y comienza á ver menos con el derecho; hay Westphal y Argyll-Robertson.

Inyección intravenosa de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol.

No se nota mejoría, por el contrario, parece que la pérdida de visión del ojo derecho va aumentando.

OBSERVACION XXI

G. O., 48 años, no da antecedentes específicos, desde hace un año opresión torácica y dolores fulgurantes, no hay ataxia, hay Westphal y Argyll-Robertson. Se le hace una inyección intramuscular de 0.50 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol. No produce modificación alguna.

Dos meses después de la primera se le hace una segunda inyección, esta vez intravenosa de 0.40 centígramos. Como con la anterior, no se obtiene ninguna modificación.

OBSERVACION XXII

T. S. R., 48 años, chancro hace treinta años, desde hace diez dolores fulgurantes y flojedad en las piernas. Actualmente hay ataxia, Romberg, reac-

ción muy perezosa de las pupilas á la luz, disuria, estereognosis mal, disartria, amnesia y Westphal.

Inyección en el dorso de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol. Ligerísima mejoría en la estereognosis.

Al mes se le hace en el Hospital de Clínicas una inyección intravenosa de 0.40 centígramos que es seguida de un ictus congestivo que duró seis días. Actualmente se encuentra en el mismo estado que antes de las inyecciones.

OBSERVACION XXIII

F. G. F., 42 años, chancro hace catorce años, desde hace cuatro flojedad en las piernas y dolores fulgurantes. Actualmente marcha atáxica, Romberg, Westphal, Argyll-Robertson y disminución de la sensibilidad. Inyección intramuscular de 0.35 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol. No se obtiene modificación.

OBSERVACION XXIV

F. F., 34 años, chancro hace veinte años, hace diez crisis gástrica y dolores fulgurantes en los miem-

bros inferiores que fueron seguidos de trastornos en la marcha. Presenta actualmente marcha atáxica, Romberg, Westphal y Argyll-Robertson. Se le hace una inyección intramuscular de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol que no produce ninguna modificación favorable.

OBSERVACION XXV

F. L., 39 años, chancro hace quince años, desde hace tres dolores fulgurantes y flojedad en las piernas. Actualmente marcha muy atáxica, Romberg, estereognosis mal, Westphal, disminución de la sensibilidad especialmente en los miembros inferiores.

Se le hacen dos inyecciones con un mes de intervalo, intramuscular la primera, intravenosa la segunda, no observándose modificación en la sintomatología.

OBSERVACION XXVI

L. G., 38 años, disminución de la visión del ojo izquierdo desde hace tres meses, presenta marcha

atáxica desde hace dos, hay Romberg, Westphal, Argyll-Robertson y retardo en la percepción de la sensibilidad.

Se le hace una primer inyección intravenosa de 0.40 centígramos que es seguida de diarrea y sudores. Ocho días después aparecen crisis gástrica y dolores fulgurantes en sus miembros inferiores que nunca había tenido. Al mes y medio de la primera se le hace una segunda inyección intravenosa de 0.40 centígramos. No se observa ninguna modificación.

OBSERVACION XXVII

F. M., 28 años, chancro hace once años, desde hace seis crisis gástrica y dolores fulgurantes que se repiten cada quince días. Marcha atáxica, Romberg, Westphal, Argyll-Robertson, anisocorea (pupila D > I).

Inyección intramuscular de 0.30 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol. Las crisis gástricas y dolores fulgurantes se repiten como antes, la ataxia no se ha modificado.

EN LAS HEMIPLEGIAS SIFÍLITICAS

Nos referimos á las formas habituales, producidas por lesiones de los vasos (endo-meso y peri-asteritis de ramas de la silviana) y sus consecuencias: reblandecimiento, hemorragia.

Esta enunciación anátomo-patológica es suficiente para demostrarnos que el tratamiento cualquiera que sea, será tanto más eficaz, cuanto más precozmente se trate la lesión arterial. De ahí la importancia de conocer los prodromos para combatirlos eficazmente, cuando ellos se presentan; pues una vez instalada la hemiplegia, su gravedad dependerá sobre todo del tamaño y ubicación del foco.

Pero, en el comienzo de una hemiplegia, podemos por la sintomatología saber ciertamente el tamaño de un foco cerebral? No siempre.

Como regla general podemos decir que en un co-

mienzo la sintomatología responde á un foco mayor que el real ; hecho fácilmente explicable, pues alrededor de una lesión destructora, la congestión y edema que la acompañan inhiben el funcionamiento de una zona periférica á la lesión. Así se explica, que expontáneamente, hemiplegias intensas mejoren rápidamente, dejando como sintomatología definitiva una hemiparesia con exageración de reflejos ó simplemente una monoplegia. Lo mismo que afasias que curan á los pocos días de producida una hemiplegia derecha.

De manera que experimentando con cualquier medicamento, siempre se podrá inscribir en su haber, lo que se debe en realidad á la evolución expontánea. Aquí, sobre todo, vale más prevenir que curar. Podríamos decir entonces que la menor manifestación cerebral, objetiva ó subjetiva, en un sifilítico, es muy de tenerse en cuenta.

Las infiltraciones gomosas de las diversas túnicas vasculares, en especial de las dos internas, van extrechando su luz y para que la acción de medicamentos diversos sea comparable, deberíamos experimentar en sujetos con el mismo grado de lesión arterial, cosa que clínicamente es imposible.

Luego está lo que puede llamarse el índice de tolerancia de un cerebro, demostrable por el siguiente hecho: hemiplegias que son consecutivas á extrechamientos arteriales que traen una simple disminución de irrigación de la zona motriz y otras que se producen solamente cuando su obstrucción es total y el reblandecimiento comienza.

De manera que la eficacia dependerá: *a*) de la benignidad del foco (tamaño y sitio); *b)* de la rapidez con que se actúe (para desobstruir el vaso).

Y en las lesiones arteriales que producen los aneurismas miliares y la hemorragia consecutiva. ¿Qué ha de poder un tratamiento contra lo destruído por el derrame sanguíneo, á pesar de su naturaleza específica ?

Los éxitos del mercurio en las hemiplegias sifilíticas recientes son demasiado numerosos y conocidos para que de ellos me ocupe. No encontrando razón atendible para negar la misma eficacia al dioxidiamidoarsenobenzol, es que á él hemos recurrido para tratar esta clase de enfermos, con resultado que en verdad no ha respondido á nuestras esperanzas.

Nos queda la duda de si el fracaso ha sido consecuencia natural de la extensión y naturaleza de la

lesión ó de su ineficacia para combatir esta clase de manifestaciones.

Sólo muchas más observaciones nos permitirán formar juicio definitivo ; el que resulta de las ya hechas es evidentemente negativo .

OBSERVACION I

N. G., 26 años, chancro hace doce años, había llevado tratamiento mercurial insuficiente. Ocho días antes de ingresar al servicio perdió súbitamente el conocimiento; al volver en sí dos días después se encontró hemiplégico y sin poder expresarse; á los pocos días mejora ligeramente la perturbación del lenguaje.

Hemiplegia derecha flácida, facial inferior tomado, tiene los signos de Babinski de las hemiplegias orgánicas. Las diversas formas de la sensibilidad conservadas en toda la superficie del cuerpo.

Los reflejos tendinosos del lado derecho aumentados, normales los del izquierdo. No existen perturbaciones en los sentidos específicos, tampoco en los esfínteres, ni trastornos tróficos. La inteligencia está algo obscurecida, en los dos días que preceden

á la inyección sufre en cada uno de ellos un ataque apopletiforme de varios minutos de duración.

Se le hace una inyección intramuscular de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol. Al día siquiente logra levantar ligeramente su brazo, después de cinco días de lenta mejoría, llega hasta dar unos pasos ; esta mejoría fué de corta duración, paulatinamente volvió á su primitivo estado de absoluta impotencia.

Después de una prudencial espera de quince días, como no mejorara, se le hace una inyección masiva de 0.18 centígramos de biioduro, método de Procoroff, consecutivamente á esta inyección tiene abundante diarrea que dura un día. Dos días después de hecha la inyección consigue mover su brazo y en los subsiguientes la pierna, tan rápida y brillante es la mejoría que á los diecisiete días de hecha la inyección mercurial pide el alta. Sale del servicio con hemiplegia espástica y marcha helicoidal, restos de su afección, que con una serie de fricciones mercuriales ha quedado reducida á una hemiparesia.

OBSERVACION II

B. H., 35 años, chancro hace dos años, hace seis días pérdida de conocimiento y hemiplegia izquier-

da, los miembros de este lado están flácidos, el menor movimiento es imposible.

Los reflejos tendinosos y cutáneos del lado izquierdo están disminuídos, exagerados los del derecho. Los ojos tienen tendencia á irse en movimiento conjugado hacia la derecha. Retardo y disminución de todas las formas de la sensibilidad en el lado izquierdo, hay en cambio hiperestesia en el derecho. Tiene incontinencia de orina. Se encuentra el enfermo en estado de sopor, del que sólo sale por momentos.

Seis días después de producida la hemiplegia se le hace una inyección intramuscular de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol. En los días siguientes á la inyección no se nota mejoría alguna, pues al contrario el sopor se hace más profundo y le aparece escara sacra.

Después de permanecer doce días en este estado y como no hubiese tendencia á mejoría, se le hace tratamiento mercurial (inyecciones diarias de biioduro). A los pocos días de seguir este tratamiento sale del estado de sopor y cesa la incontinencia de orina. Actualmente después de veinte inyecciones, el estado intelectual es perfecto, las escaras sacras

han desaparecido y poco á poco van adquiriendo movimiento los miembros paralizados.

OBSERVACION III

D. D., 36 años, chancro hace veinte años, que fué seguido de roseola, cefalalgia y placas en la garganta. Diez días antes de ingresar al servicio le aparece una hemiplegia izquierda que no es precedida ni seguida de ictus, los miembros del lado paralizado están flácidos al lado del cuerpo, el facial inferior también está tomado. El estado intelectual es perfecto, lo mismo que la palabra.

Al día siguiente de ingresar al servicio se le hace una inyección intramuscular de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol.

Durante los quince días siguientes á la inyección no se produce ninguna modificación, por lo que se decide hacer tratamiento mercurial.

Este último tratamiento produce una evidente me-

joría que se manifiesta por la adquisición de ligeros movimientos en sus miembros paralizados.

——

Tócame aquí mencionar un deceso del que desgraciadamente no puedo presentar un estudio completo, por faltarme lo que en este caso más interés tiene ; la autposia, que no se hizo por haber sido rápidamente retirado el cadáver, pero trataré de suplir esta deficiencia con la amplia descripción de la sintomatología presentada por el enfermo hasta su fallecimiento.

OBSERVACION IV

S. T., 34 años, hemiplegia derecha de quince días de data, hay antecedentes sifilíticos. Los miembros del lado paralizado están caídos á los lados del cuerpo, no obstante logra hasta pararse por pocos ins-

tantes. Está tomado el facial inferior, hay afasia, aunque no completa, la inteligencia regular. Existen los signos de Babinski.

Se le hace una inyección intramuscular de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol.

Los días siguientes á la inyección no son seguidos de mejoría alguna, por el contrario se observa un estado cianótico de cara y miembros, el estado intelectual permanece en el mismo estado, hay dispnea, el pulso difícil de tomar por su poca tensión, tiene una frecuencia de ciento diez por minuto.

En el pulmón no se observa nada de particular.

La región precordial es agitada por las contracciones cardiacas, se ve y se palpa un choque muy difuso de la punta, á la percusión de la región precordial resultan aumentados todos sus diámetros, especialmente el transverso. Los tonos existen aunque muy alejados, en la punta mezclado al primer tono existe un soplo suave, hay arritmias y falsos pasos. Las venas están ingurgitadas, hay extasis de la circulación, en el momento de hacerle una sangría, la sangre sale con mucha dificultad. Examinado el resto de su organismo, no se encuentra nada de par-

ticular. No hay temperatura, ni albúmina, ni glucosa en la orina.

A pesar de ser tratado con la energía que el caso requiere, la debilidad del miocardio progresa, falleciendo el enfermo ocho días después de hecha la inyección.

El cuadro clínico que acabo de describir corresponde en un todo á una dilatación aguda del corazón, sería muy difícil concebir un aumento de su lesión cerebral sin traer lo que siempre le acompaña, pérdida de conocimiento, coma, etc. En este enfermo nada de esto último pasó, al contrario, tal vez su inteligencia estaba mejor, cuando peor era su estado general. Pero lo hipotético es la causa de la dilatación ¿fué de origen tóxico ? posiblemente.

———

Tengo también la observación de un sujeto de 23 años, débil de constitución, que tuvo hace año y medio, chancro seguido de manifestaciones secundarias el que á pesar de haber recibido hace dos meses una inyección intramuscular de 0.30 centígra-

gramos de salvarsan, presenta actualmente una hemiplegia derecha orgánica.

Indudablemente que en este caso la dósis ha sido insuficiente, pero de todos modos él demuestra que las dosis para producir algún beneficio deben ser las máximas.

———

Hasta aquí he mencionado casos en que muchao había que esperar del dioxidiamidoarsenobenzol, pero para hacer más completa la reseña de los casos por nosotros tratados, haré una ligera descripción de los resultados obtenidos en las hemiparesias vesiduales de antiguas hemiplegias, en las que como es fácil imaginar, poco ó nada podíamos esperar, dado que las lesiones á semejanza del tabes, son aquí definitivas.

OBSERVACION V

L. E., 48 años, sífilis hace doce años, hemiplegia izquierda hace diez años, que curó casi comple-

tamente con mercurio. Como resto le queda ligera hemiparesia izquierda y exageración de reflejos.

Se le hacen dos inyección de dioxidiamidoarsenobenzol, con un mes de intervalo entre ellas ; la primera intramuscular de 0.50 centígramos, la segunda intravenosa de 0.40 centígramos. La hemiparesia no es modificada.

OBSERVACION VI

J. B., 35 años, sífilis hace nueve años, hace tres hemiplegia derecha con afasia que fué tratada con mercurio, quedando como resto la actual hemiparesia y ligera dificultad para hablar.

Inyección intramuscular de 0.50 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol, que no produce modificación alguna.

OBSERVACION VII

J. G., 22 años, chancro hace dos años y medio, hemiplegia izquierda hace diez meses, que curó con mercurio, quedando como resto la actual hemiparesia y exageración de reflejos tendinosos.

Inyección intramuscular de 0.50 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol. No se observa ninguna modificación.

OBSERVACION VIII

J. C. N., 42 años, sífilis hace quince años, hemiplegia izquierda hace tres, actualmente hemiparesia y exageración de reflejos.

Inyección intravenosa de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol. No se obtiene modificación alguna.

OBSERVACION IX

D. S., 32 años, chancro hace doce años, hace trece meses hemiplegia derecha con afasia, se trató con mercurio, quedando como resto la actual hemiplegia espástica y ligera dificultad en la palabra.

Inyección intramuscular de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol. No se obtiene modificación.

OBSERVACION X

J. B., 41 años, sífilis hace siete, hemiplegia derecha con afasia hace ocho meses, que curó con mercurio; como resto tiene la actual hemiplegia espástica y ligera dificultad en la palabra.

Inyección intramuscular de 0.40 centgíramos de dioxidiamidoarsenobenzol. No se obtiene mejoría.

OBSERVACION XI

E. S., 37 años, hemiplegia derecha con afasia hace año y medio, curó con mercurio, como resto queda hemiplegia espástica y dificultad en la palabra.

Se le hacen dos inyecciones de dioxidiamidoarsenobenzol, con un mes de intervalo, la primera intravenosa de 0.40 centígramos y la segunda intramuscular de 0.50 centígramos, que no modifican el estado del sujeto.

OBSERVACION XII

J. T., 45 años, sífilis hace dos años, hace cuatro meses hemiplegia izquierda que curó con mercurio.

Como resto de su afección queda una ligerísima paresia de la pierna izquierda y exageración de reflejos.

Inyección intramuscular de 0.50 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol. No hay modificación.

OBSERVACION XIII

J. B., 32 años, sífilis hace siete años, hace tres hemiplegia izquierda que curó con mercurio. Como resto de su afección tiene su actual hemiplegia espástica.

Se le hace una inyección intramuscular de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol, que no produce mejoría alguna.

OBSERVACION XIV

M. L., 30 años, sífilis hace cinco años, hace dos hemiplegia izquierda que curó con mercurio, que-

dando como resto de su afección una ligera hemiparesia y exageración de reflejos.

Se le hace una inyección intramuscular de 0.50 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol, que no produce ninguna modificación en el estado del sujeto.

EN UN CASO DE PARÁLISIS DEL MOTOR COMÚN

Las parálisis del motor ocular común de origen sifilítico, siempre han sido benéficamente tratadas por el mercurio, y es lógico que lo sean también por el dioxidiamidoarsenobenzol, cuya acción antisifilítica es evidente.

Existe un caso de parálisis del III par tratada por el dioxidiamidoarsenobenzol, con mejoría brusca y considerable (P. Marie, «Société méd. des hôp., 28 oct. de 1910). En el caso por nosotros tratado no ha habido ni tal rapidez, ni mejoría imputable al medicamento.

Se trata de un sujeto de 32 años que contrae sífilis hace 11 meses (chancro, roseola, caída de cabello, etc.), habiéndose hecho tratamiento mercurial muy ligero. Hace dos meses hemiparesia derecha que curó con veinte fricciones, no llevó más tra-

tamiento. Actualmente tiene una parálisis del motor ocular común del lado derecho que data de quince días.

El párpado superior se encuentra completamente caído, el globo ocular desviado á fuera y abajo, la cabeza llevada hacia atrás. Los rectos interno superior é inferior no funcionan absolutamente nada. No ve los objetos que están próximos, la pupila se encuentra dilatada é inerte, tiene vertigios y diplopia.

Se le hace una inyección intravenosa de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol.

En los días que siguen á la inyección no se nota modificación alguna, como después de quince días persistiera esta ausencia absoluta de mejoría, decidimos hacer inyecciones semanales de 0.05 centígramos de calomel; después de cuatro inyecciones consigue levantar bastante su párpado y mover su ojo hacia arriba, adentro y abajo, á la sexta se encuentra completamente curado. Debo hacer notar que después de la tercer inyección, ya se notaba en el ojo, tendencia á adquirir movimiento.

EN LA PARÁLISIS GENERAL

Teniendo en cuenta las indicaciones de Erlich que se opone á la inyección de dioxidiamidoarsenobenzol en los casos de parálisis general avanzada, es que nos hemos limitado á hacer este tratamiento á casos de los que si no podemos decir que sean incipientes, por lo menos son recientes y de una evolución no muy rápida.

Los casos que han servido para nuestra observación son dos, en ambos el resultado ha sido el mismo ; sobre cada uno de los síntomas tomados aisladamente, muy poca ó ninguna modificación, en cambio se ha hecho notar su acción sobre el estado general de estos enfermos, que ha mejorado notablemente. Y es precisamente esta acción tónica lo que llama desde un principio nuestra atención y no la

acción específica, que es en realidad lo que íbamos buscando.

He aquí los casos á que me he referido.

R. N., 29 años, sífilis hace once años (chancro, roseola, cefalalgia, etc.), cuyas manifestaciones desaparecen merced á un tratamiento de inyecciones mercuriales que le fué instituído; el tratamiento fué llevado después en una forma insuficiente y desordenada y abandonado estos últimos tres años.

La enfermedad parece haber comenzado hace un año, en que tuvo un «ataque» que el enfermo atribuye á una indigestión en el que perdió el conocimiento por breves instantes; salido de él, quedó con cierta dificultad para hablar y ligera torpeza mental que se disiparon rápidamente, á tal punto que pudo continuar desempeñando sus ocupaciones. Hace seis meses tiene un segundo «ataque» (ictus congestivo), caracterizado como el anterior por pérdida de conocimiento, con torpeza mental y dificultad en la palabra consecutiva.

Llama la atención la expresión «hebete» de su semblante, tiene amnesia muy marcada para los hechos lejanos como para los recientes. Hay una no-

table lentitud en la asociación de ideas y perturbaciones de afectividad y emotividad.

En la marcha se nota una ligera inaptitud de su pierna derecha, la sensibilidad de este mismo lado está algo disminuída. Existe temblor fino en sus manos, lengua y labios, exageración de reflejos tendinosos ; no habiendo en cambio Babinski ni Romberg. Anisocorea pupila I > D, hay Argyll-Robertson, disartria muy marcada, la escritura es pésima, habiendo antes escrito correctamente.

La segunda observación es con ligeras variantes un arepetición del anterior, por lo que omito el detallarla.

A los dos se les hace una inyección intramuscular de dioxidiamidoarsenobenzol (0.40 ctgrs). En los días siguientes á la inyección no se nota ninguna modificación, pero después de diez ó quince se observa que los pacientes mejoran de su estado general ; si por impresión debiéramos guiarnos para juzgar, resultaría indudablemente un juicio favorable ; pero si profundizando hacemos un estudio de la sintomatología presentada por el enfermo, vemos que ella no ha variado.

Traigo á colación un caso que si tiene impor-

tancia por los resultados ó mejor dicho por la evolución de la enfermedad, consecutivamente á una inyección de dioxidiamidoarsenobenzol, la tiene aún mayor, si tenemos en cuenta el cuadro clínico presentado por el enfermo y las lesiones anatómicas que lo originaban.

Se trata de un sujeto que ingresa al servicio con pérdida de conocimiento. Con dificultad se consiguen algunas palabras pronunciadas en voz muy baja, revelando en ellas un profundo decaimiento intelectual. Presenta además una hemiplegia derecha, los miembros de ese lado están inmóviles, caen inertes cuando se les deja de sostener, en cambio los del izquierdo los mueve y están con su tonicidad normal. No se puede obtener Babinski, hay Westphal, disminución de la sensibilidad y Argyll-Robertson. Este cuadro, unido á la expresión «hebete» de su semblante, nos hace hacer el diagnóstico de tabes combinado á parálisis general, presentando actualmente un «ictus congestivo», con foco principal en la región sensitivo-motriz-izquierda.

Este diagnóstico es corroborado por un miembro de la familia del enfermo, de quien se tiene el antecedente que éste era sifilítico desde hacía diez años

y que desde hace tres tenía crisis gástricas y dolores fulgurantes en los miembros inferiores, lo mismo que dificultad en la marcha. Este estado de sopor data de quince días, habiéndosele hecho quince días antes una inyección intravenosa de 0.40 centígramos de dioxidiamidoarsenobenzol.

Dos días después de ingresar al servicio fallece.

En la autopsia además de las lesiones que caracterizan al tabes y á la parálisis general (lesiones en este caso no muy intensas), se encuentra en la región sensitivo-motriz-derecha un hematoma subdural, del tamaño de una mandarina, sub-yacente á un foco de paquimeningitis hemorrágica.

Es fácil presumir nuestra sorpresa el encontrar como causa de la hemiplegia derecha, una compresión en la región sensitivo-motriz del mismo lado, puesto que absolutamente nada existía del otro.

Como única explicación creemos como posible, que consecutivamente al hematoma, la parte anterior del cerebro ha sufrido un desplazamiento, debido al cual, la región sensitivo-motriz izquierda ha debido ser comprimida por las partes óseas, que son las que en realidad han actuado por contra golpe.

Dejando á un lado la interpretación de esta hemi-

plegia y volviendo al motivo de nuestro trabajo, no debemos olvidar que el sujeto había llevado su enfermedad más ó menos bien, hasta que le hacen una inyección intravenosa de dioxidiamidoarsenobenzol, la que es seguida de estado soporoso y muerte.

Pero no ha dejado de llamarme la atención, que sobre cuatro enfermos de esta clase tratados por el dioxidiamidoarsenobenzol, hayamos observado en dos, ictus congestivos que nunca habían tenido y que sean precisamente los que reciben la inyección intravenosa los que lo tengan.

Conocida la frecuencia con que se encuentran en los paralíticos generales focos de paqui meningitis hemorrágica y la facilidad con que éstos dan lugar á la formación de hematomas. Me pregunto, si las inyecciones intravenosas de dioxidiamidoarsenobenzol no han sido la causa de estos ictus congestivos, dada la instabilidad del sistema vascular sobre que actúa.

EN LAS MIELITIS SIFILÍTICAS

Todas nuestras observaciones se refieren á las llamadas mielitis crónicas « d'emblée », que constituyen la gran mayoría de las localizaciones sifilíticas de la médula y de las cuales la paraplegia espasmódica de Erb es el tipo clínico más frecuentemente observado. Estas formas, siempre han sido muy difíciles de modificar aún bajo tratamientos mixtos prolongados. Y es fácil presumirlo por lo que nos enseña la anatomía patológica. Las mielitis sifilíticas ó mejor meningo-mielitis, se constituyen sobre todo por arteritis y flebitis específicas, que en el caso de las formas agudas rápidas se caracteriza especialmente por las infiltraciones gomosas de esos vasos y en las crónicas por la esclerosis.

Es lógico que sean más fáciles de modificar las primeras, si el tratamiento antiespecífico llega á

tiempo, antes que el reblandecimiento haya comenzado ; pues una vez constituído éste, todo tratamiento es ineficaz. Las formas crónicas tienen en la esclerosis vascular el peor enemigo de la medicación anti-específica.

Es, pues, de la precocidad del tratamiento que se deben esperar los beneficios, pero por lo común los enfermos llegan á manos del médico con un reblandecimiento ó una esclerosis vascular extendida. Así se explica lo ineficaz de muchos tratamientos mercuriales y que no nos asombre el fracaso obtenido con el dioxidiamidoarsenobenzol.

Sin embargo, á continuación va la historia de un caso de afección á marcha lenta, que tuvo una «poussée» aguda, y que no mejoró de ésta á pesar de haber sido tratado por el dioxidiamidoarsenobenzol simultáneamente con la aparición de los nuevos signos.

Sujeto de 26 años, con manifestación primaria hace un año y secundaria hace seis meses.

Nunca ha llevado tratamiento mercurial.

Comienza la enfermedad hace mes y medio con parestesias y dificultad en la marcha por estado espasmódico de los miembros inferiores.

En estos miembros hay también un poco de disminución de la sensibilidad. Los reflejos tendinosos están exagerados, no hay perturbaciones en los esfínteres.

Se le hace tratamiento mixto intensivo por espacio de veinte días sin obtenerse ninguna mejoría. En vista del poco resultado de la medicación mercurial, recurrimos á una inyección intravenosa de dioxidiamidoarsenobenzol (0.40 centígramos), y como con el anterior tratamiento no obtuvimos modificación favorable alguna; pues por el contrario se nota mayor dificultad para la marcha, la pierna derecha la mueve con más dificultad y son mayores las perturbaciones sensitivas, existiendo un esbozo de sindrome de Brown-Sequard, conservación de la sensibilidad del miembro más paralizado (derecho) é hipoestesia del izquierdo, que no existía antes.

B. P., 31 año, chancro hace cuatro años, la afección comienza hace seis meses con dificultad para los movimientos más complejos (danza) que fué aumentando hasta necesitar bastón para la marcha.

La sensibilidad conservada en todas sus formas no ofrece ninguna particularidad. La fuerza un poco disminudía en los miembros inferiores, especialmen-

te la dependiente de los músculos extensores del pié. Al caminar arrastra la punta de ambos pies. Reflejos tendinosos de sus miembros inferiores muy exagerados ; hay baile de la rótula, clonus del pie y Babinski bilateral.

Se le hacen cuatro inyecciones de dioxidiamidoarsenobenzol, de las cuales la primera y la cuarta intramuscular y la segunda y tercera intravenosa, con las dosis habituales.

La única modificación que se obtiene es disminución del baile de la rótula, después de la primer inyección.

Tenemos varios casos más de sífilis medular (paraplegias espásticas tipo Erb), tratados por esta nueva medicación, en los cuales no se ha obtenido efecto favorable alguno ; pero teniendo en cuenta que se trata de casos cuyas lesiones remontan á uno ó varios años, lesiones que pueden considerarse como definitivas, es que no damos importancia alguna á estos insucesos y omitimos el publicarlos.

CONCLUSIONES

a) En tabéticos incipientes—nuestro número no es muy grande—no hemos visto hasta la fecha retroceder ningún síntoma. En algunos de ellos hemos visto progresar la afección.

b) En tabéticos confirmados, no hemos visto producirse ninguna modificación favorable en lo que á su afección se refiere, imputable al medicamento.

c) En tabéticos confirmados, hemos visto producirse nuevas manifestaciones, todavía no aparecidas en el enfermo, después de haber sido sometido al tratamiento.

d) En las hemiplegias sifilíticas recientes, las modificaciones han sido ligeras y fugaces.

e) En la parálisis general debe proscribirse la inyección intravenosa de dioxidiamidoarsenobenzol.

f) En las mielitis ya constituídas, esta medicación

no ha producido efecto favorable alguno, habiendo sido en un caso impotente para combatir una poussée aguda.

g) Un caso de parálisis del motor ocular común, no ha sido modificado en absoluto por el dioxidiamidoarsenobenzol, coincidiendo en cambio su curación con inyecciones de calomel.

Buenos Aires, abril 25 de 1911.

Carlos Preioni.

Buenos Aires, Abril 25 de 1911.

Nómbrase al señor Consejero Dr. José R. Semprún, al profesor titular Dr. José M. Ramos Mejía y al profesor suplente Dr. Rafael A. Bullrich para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis. de acuerdo con el Art. 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. Catón.

J. A. Gabastou.
Secretario.

Buenos Aires, Mayo 8 de 1911.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2344 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón.

J. A. Gabastou.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

——

I

Condiciones necesarias en las sífilis nerviosas, para que el arseno-benzol pueda producir beneficios.

Semprún.

II

Lesiones tróficas del tabes.

J. M. Ramos Mejía.

III

Diferencia de la acción terapéutica y composición química entre el «606» y el atoxyl.

R. A. Bullrich.