GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO

NUEVO CASO DE POLIOENCEFALITIS AGUDA DE LOS ADULTOS

ESTUDIADA POR EL SR. PROFESOR CARMONA Y VALLE.

BOSQUEJO DESCRIPTIVO DE ESTA ENFERMEDAD.

MEMORIA presentada á la Academia N. de Medicina de México para optar á una plaza vacante en la Sección de Patología y Clínica Médicas por el Dr. Tomás Noriega, Profesor adjunto de Patología General, Secretario de la Escuela N. de Medicina, Presidente de la Sociedad Filoiátrica, Médico del Hospital de Jesús, etc.

SEÑORES ACADÉMICOS:

EL curso de Clínica interna de 5º año de Medicina correspondiente al año actual, señala una época gloriosa en la historia de la Medicina Nacional.

El 16 de Junio inauguraba el Sr. Profesor D. Manuel Carmona y Valle una serie de lecciones clínicas acerca de una nueva entidad morbose; fundaba sus conclusiones en la observación de cuatro enfermos, uno perteneciente al hospital de Jesús y los tres restantes á la Sala de Clínica interna del hospital de San Andrés.

En ellas estudia las analogías de ciertos estados morbosos, tanto entre sí, como como con la enfermedad que Strümpell propone denominar: "Polioencefalitis infantil," y que hasta hoy nadie ha descrito en el adulto; compara la expresión sintomática de ambos padecimientos, y después de demostrar su completa semejanza, cree justificada la designación de *Polioencefalitis aguda de los adultos*, con que inscribe esta nueva entidad morbose en el cuadro desgraciadamente rico, de la actual Nosología.

Sin duda conservareis aún, vivos recuerdos de las comunicaciones que sobre este asunto hizo á esta docta corporación en las últimas sesiones de este año, cerrando así con broche de oro el último período en que le llamásteis á la presidencia de la Academia.

La intrínseca importancia de este asunto, su novedad, y el carácter enteramente nacional que le distingue, motivan sobradamente que le haya elegido como tema para la modesta Memoria que tengo la honra de someter á vuestro recto criterio, en obsequio de la convocatoria publicada el 1º de Agosto de este año.

Falto de originalidad y rodeado de múltiples atenciones, quiero al menos comunicar un hecho clínico, que confirma y ratifica la doctrina del Sr. Profesor Carmona y Valle; y que será, así lo deseo, como una débil prolongación del acento del Maestro, ó como el eco de su voz, resonando en el salón de la Academia.

Mas antes de dar forma á mis pobres concepciones, séame permitido consignar un testimonio de reconocimiento, así á mi respetable maestro el señor Director de la Escuela N. de Medicina, que bondadosamente me permite aprovechar el caso de que voy á hablaros y que me proporcionó valiosos elementos para ese fin, como á mis distinguidos compañeros el Profesor Fernando Zárraga y el Dr. Alberto Aizpuru, por la exquisita deferencia con que me facilitaron las observaciones clínicas.

I

Idea general del Polioencefalitis de los niños.

Entre las varias formas de encefalitis agudas no purulentas hay una que ha sido durante largo tiempo considerada como especial á la infancia. En razón de esta circunstancia y de sus rasgos fisionómicos más notables, ha recibido diversas denominaciones: "*Parálisis cerebral infantil*," "*Hemiplegia infantil espasmódica*," etc. Strümpell propone llamarla "*Polioencefalitis*" porque se localiza de preferencia en el territorio motor cortical y en los ganglios cerebrales.

Decimos que ha sido considerada como exclusiva de los niños, porque antes de las observaciones del Sr. Carmona no se la ha descrito en el adulto; y aún cuando ni en éste ni en aquellos haya habido ocasión de practicar una autopsia que demuestre las alteraciones anatomo-histológicas del

estado agudo, tanto los síntomas, como la evolución de los padecimientos parecen indicar que es una misma é idéntica la esencia de la enfermedad.

Puede considerarse como probable el origen parasitario, pues se ha notado su aparición en épocas en que ha habido epidemia de difteria, es-carlatina, erisipela, sarampión, etc., y también en individuos afectados de estos males.

Las lesiones anatómicas pertenecen á aquellos que atestiguan un proceso inflamatorio antiguo, y recuerdan perfectamente las de la "*Poliomielitis aguda.*" son la atrofia de la corteza cerebral, la esclerosis encefálica difusa y la polioencefalía.

La aparición de la enfermedad es aguda y violenta, pocas veces es precedida de prodromos, que consisten en dolores dorsales y temblor en los miembros que más tarde serán paralizados. Los primeros síntomas de la enfermedad ya confirmada, son vómitos é hipertermia; después se notan estupor y *convulsiones epileptiformes*: éstas tienen por lo regular la forma hemipléjica y se localizan más á menudo á la derecha; después de uno ó dos días, pocas veces más tarde, los enfermitos recobran el conocimiento; se acentúa la hemiplegia, que es más intensa en el miembro torácico; otras veces la parálisis afecta alguno ó varios de los nervios craneanos, ó bien es de forma monopléjica; pero la paraplegia es excepcional.

La afasia motriz, ó el retardo del uso de la palabra, se presenta con frecuencia en los casos de hemiplegia derecha; puede existir la afasia sin parálisis de los miembros, pero de cualquier modo, es de exigua duración.

Si la parálisis no es temporal, los músculos afectados se atrofian; generalmente se desarrollan de un modo tardío y quedan más pequeños que los del lado sano; el tejido célula-adiposo es relativamente exuberante y la piel se colora con vetas azuladas. La sensibilidad es normal.

En un segundo período sobreviene la *rigidez muscular*, que es muy notable: las articulaciones de los dedos, del codo y del hombro se mueven difícilmente y estas contracturas musculares, que imprimen á la enfermedad una fisonomía especial, han hecho darle el nombre de: *Hemiplegia infantil espasmódica*, ó como algunos dicen *espástica*.

Los reflejos tendinosos son normales ó exaltados y la contractilidad eléctrica de los músculos y nervios no sufre alteración. En este período aparecen síntomas de excitación motriz, como hemicorea ó hemiatetosis.

Algunos observadores han descrito fenómenos de ataxia.

En una época más lejana los niños que han sufrido este padecimiento, tórnanse epilépticos y las convulsiones tienen esta particularidad: que

principian por los miembros paralizados; cuando escapan de esta complicación, su desarrollo intelectual es incompleto y tardío, según Eichhorst, y caen en el idiotismo; según otros autores, son susceptibles de la misma educación intelectual que los demás niños, pudiendo estudiar y ejercer cualquiera profesión literaria.

II

Polioencefalitis de los adultos. Polioencefalitis de los centros psicomotores.

Como dije al principio de este artículo, fueron cuatro las observaciones que sirvieron de base al Sr. Profesor Carmona y Valle para la institución clínica de esta enfermedad. A estas cuatro observaciones puede añadirse, la que me fué comunicada por los Sres. Carmona y Valle y Aizpuru, y que, en unión de las que pertenecen á la clínica del hospital de San Andrés, transcribiré al fin.

Desgraciadamente falta la comprobación necroscópica de las lesiones, pues hasta hoy no ha sido dable practicar ninguna autopsia: mas esta circunstancia por lamentable que sea, no destruye, á mi entender, el valor de la doctrina, pues los hechos en que descansan han sido rigurosamente apreciados desde el punto de vista de la semeiología y diagnóstico, y las inducciones del citado Profesor Carmona y Valle son dictadas por la apreciación lógica de cada caso particular.

No debe dudarse que fijada la atención de los clínicos en este asunto, encontrarán en lo sucesivo este padecimiento; y los estudios anatomopatológicos que en tal sentido se emprendan, rectificarán ó ratificarán las ideas que hoy se profesan.

Pero debe asimismo notarse, que aún suponiendo que estudios subsiguientes no confirmaran la naturaleza flogística de esta enfermedad, tampoco podrían en manera alguna, engendrar dudas acerca de la autonomía de este nuevo tipo clínico, que por tanto conservará su perfecta individualidad. Como se verá dentro de poco el cuadro sintomatológico, es decir, la agrupación de los fenómenos morbosos que determina, *la distinguen clínicamente* de cualquiera otro padecimiento del sistema nervioso.

Hechas estas explicaciones paso á bosquejarla en somera descripción.

Génesis y etiología.

El desarrollo de la Polioencefalitis de los adultos supone, como el de otras muchas enfermedades, el concurso de dos factores, uno predisponente, otro determinante. En el número de los primeros es verosímil la influencia parasitaria, pues de la misma manera que en la enfermedad infantil, se ha podido notar en los sujetos que la han padecido, la existencia anterior de enfermedades infecciosas, como el sarampión, la erisipela, la viruela, la escarlatina, el tifo, etc., etc., y aún cuando por el momento no sea fácil definir la relación de causalidad entre éstas y aquella, gran número de enfermedades cuya lesión anatómica se caracteriza por la inflamación, son clasificadas en el creciente grupo de las infecciones, es decir, de las enfermedades microparasitarias.

Menos dudosa es la génesis sifilítica de este padecimiento; las contadas observaciones recogidas hasta hoy, demuestran elocuentemente esta funesta localización del envenenamiento sifilítico.

Entre las causas determinantes hase notado, según se desprende de la lectura de las observaciones, la indigestión y el enfriamiento bajo cualquiera de sus múltiples maneras.

Es indudable que en la etiología que nos ocupa desempeña importante papel *la intoxicación alcohólica*, ora aguda, ora crónica.

Anatomía patológica.

Dos problemas deben ser resueltos para definir exactamente lo que con este capítulo se relaciona: el asiento de la enfermedad y la naturaleza de la alteración material, que, desde el punto de vista anatomohistológico la caracteriza.

Bien poco, por desgracia, podré decir á este respecto, pues queda escrito, que hasta el momento en que trazo estas líneas, no se ha presentado la ocasión de practicar alguna autopsia. No obstante, ahí donde falta el estudio directo y positivo, deben caber siquiera á título provisional, las elucubraciones doctrinales.

Y desde luego puede aseverarse que la lesión es inicialmente cerebral, sin que de esto deba inferirse que el centro medular no sufra más tarde y como consecuencia directa de la lesión primaria alteraciones degenerati-

vas; á juzgar por lo que sucede en la encéfalopatía psicomotriz de los niños, y por el cuadro de síntomas que la caracteriza en el adulto, es de sospecharse que la lesión se localiza especialmente en los centros corticales del movimiento voluntario: hácenlo presumir así tanto las localizaciones, como los demás caracteres de la aquinesia.

En sí mismo, el proceso es, según todas las probabilidades, de naturaleza flogística, y puede ser considerado como una *inflamación parenquimatosa*, es decir, que reside originariamente en los elementos nerviosos, á semejanza de lo que sucede en la poliomiелitis aguda.

Síntomas y curso.

La enfermedad puede comenzar de dos maneras: es precedida de fenómenos prodrómicos ó se establece sin ellos. En el primer caso, pocos días antes de confirmarse el padecimiento, experimentan los enfermos diversas sensaciones que pueden considerarse como síntomas de excitación: consisten en cefalalgia, vómitos, elevación térmica; ó bien en trastornos menos vulgares como lo demuestra la observación del número tres en que se refiere, que el sujeto se quejaba de una pesadez intensísima en el hombro izquierdo.

La secuela de la enfermedad ya confirmada puede dividirse en tres períodos:

PRIMER PERÍODO.—Lo que caracteriza esta faz de la enfermedad es una serie de ataques sucesivos de súbita aparición, en que predominan las perturbaciones cerebrales y las aquinesias siempre espasmódicas: un individuo en perfecto estado de salud ó á lo sumo ligeramente indispuerto, nota al despertar que uno ó varios de sus miembros no obedecen á la incitación motriz voluntaria; esta parálisis puede limitarse á un sólo miembro, ó principiando así, extenderse sucesivamente á otro ú otros; ó bien en un mismo momento este fenómeno depresivo es múltiple en su localización. Es de notarse que, á semejanza de lo que acontece en los niños, no se ha visto hasta hoy la paraplegia pura; en compensación hanse observado la parálisis del facial, del hipoglosso y de los nervios destinados á los músculos del ojo. Estos ataques son generalmente acompañados de cefalalgia, hipertermia y vómitos.

En veinticuatro ó cuarenta y ocho horas se desarrollan por completo todas las anomalías de movimiento, que pocos días después, y de un mo-

do gradual van desapareciendo. Otro rasgo no menos característico de esta parálisis es, el ser constante ó indefectiblemente espasmódica.

En la esfera de la sensibilidad se han observado á lo sumo leves parestesias, y puede, por lo mismo, aceptarse que esta manifestación de la actividad nerviosa no sufre alteraciones de importancia.

Después de quince ó veinte días de duración, que es la media de este ataque, es tan completa la convalecencia, que los enfermos se creen definitivamente curados; pero más tarde y á consecuencia de ligeras incitaciones ocasionales aparece un nuevo ataque. El intervalo entre éstos, varía de cinco meses á dos años. Los últimos ataques son especialmente caracterizados por la persistencia ó la aparición de perturbaciones oculares y afasia, por verdaderas apoplejías y convulsiones generales: no es raro que durante estas crisis agudas desaparezca el delirio.

SEGUNDO PERÍODO.—Como ha podido notarse, el primer período de esta enfermedad está caracterizado clínicamente, por la aparición periódica de las manifestaciones morbosas; lo que arguye, á no dudar, una restitución completa al estado normal de las porciones corticales afectadas; en el que ahora estudiamos sucede lo contrario; la alteración anatómica es definitiva, y por ende, la expresión sintomática del padecimiento lleva el sello de la continuidad y la fijeza.

Los síntomas más notables, afectan como en la faz anterior, á la esfera motriz y traducen la regresión y la atrofia de los elementos nerviosos.

Estas parálisis afectan igualmente uno ó varios miembros: desde la simple monoplegia, hasta la absoluta inmovilidad de los cuatro miembros, puede recorrerse toda la escala de la depresión motriz.

Más aún que en el primero, en este período son frecuentes las diversas variedades de la oftalmoplegia y de la afasia; lo mismo que en él, todas las aquinesias son irrevocablemente caracterizadas por la rigidez muscular. La patogenia cerebral de este síntoma es indudable, puesto que, nervios y músculos, responden á las incitaciones eléctricas, y no han presentado hasta aquí la reacción degenerativa.

Estas contracturas espasmódicas pueden localizarse en un grupo muscular determinado, como los flexores ó extensores de determinada región, la masa sacro-lumbar, etc., según lo acreditan algunas de las observaciones que se leerán.

Es digno de notarse que estas aquinesias nunca se acompañan de amiotrofías, hecho que, desde el punto de vista del diagnóstico, tiene valiosa significación.

Los movimientos reflejos son normales ó exaltados.

Finalmente, lo que acaba de constituir la autonomía de este período y le sirve como de complemento, es que, de generales que eran al principio, las parálisis se tornan parciales, es decir, verdaderas monoplegias.

Poco diremos respecto al 3º y último período de esta enfermedad, que puede computarse desde el establecimiento y la limitación definitivos hasta el momento de la muerte.

El carácter espasmódico de la aquinesia es, como en los anteriores, invariable: cuando afecta los cuatro miembros, el enfermo está en la más completa inmovilidad, necesita ser alimentado por manos extrañas y queda expuesto á sufrir las complicaciones que este género de padecimientos determina con tanta frecuencia: como las congestiones hipostáticas, las escaras, etc.

No es dable por ahora señalar los límites en que oscila esta faz de la enfermedad que, á juzgar por los hechos conocidos hasta hoy, es de presumirse muy larga.

El pronóstico quoad-vitam es relativamente benigno, vista la gran duración de la enfermedad y su localización en órganos que, muy importantes sin duda alguna para la vida social y las ocupaciones del individuo, le permiten, no obstante, arrastrar una vida penosa y solitaria; no comprometiendo la vida vegetativa y dejando bastante acción á las nobles funciones del entendimiento.

Mas si se reflexiona en la naturaleza de las lesiones anatómicas y en su difícil cuando no imposible desaparición, el pronóstico tiene que ser por todo extremo grave, y este hecho impone la estricta obligación de desplegar suma energía en el tratamiento de la faz inicial de la enfermedad.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico positivo se desprende de la descripción anterior: el diferencial, que es importantísimo debe hacerse con las enfermedades siguientes: *esclerosis cerebrospinal en placas, tabes espasmódica, parálisis espinal aguda del adulto y tumores cerebrales.*

1º *La esclerosis en placas.* — Si se reflexiona en la variedad de puntos del eje cerebrospinal en donde se localiza esta afección, y en la falta absoluta de toda ley acerca de esta distribución, se comprenderán igualmente las diferencias en las manifestaciones sintomáticas que se observan: los

casos en que la enfermedad ataca de preferencia al cerebro son, en mi concepto, los que á primera vista pueden motivar la confusión entre esta enfermedad y la polioencefalitis.

Tienen de común los ataques apoplectiformes, las parálisis, la exageración de los reflejos y los síntomas primeros; ahora, he aquí las diferencias: los fenómenos del principio son de corta duración en la polioencefalitis; y, con excepción de los casos en que la enfermedad sobreviene á consecuencia de una infección grave, duran mucho tiempo en la esclerosis en placas.

En la primera son raros los accesos de gastralgia; en la segunda son muy frecuentes.

Los ataques apoplectiformes son más intensos en la polioencefalitis; en la esclerosis se acompañan con turbaciones intelectuales; no ocasionan la pérdida absoluta del conocimiento; se terminan por convulsiones epileptiformes, y en fin, por regla general empeoran el estado del enfermo.

Respecto de las parálisis, son menos frecuentes en las esclerosis, que ocasiona más que la verdadera aquinesia, la pereza muscular; además la contractura no es constante y aparece de preferencia con motivo de los movimientos voluntarios.

Otro rasgo no menos característico es que la parálisis en la esclerosis en placas aparece lenta y progresivamente; á la inversa de lo que sucede en la polioencefalitis.

Mencionaré finalmente tres síntomas que caracterizan bastante la esclerosis y la separan, por ende, de la polioencefalitis: *el temblor, el nistagmus y las turbaciones de la palabra.*

El temblor cesa durante el reposo y se desarrolla exclusivamente durante los movimientos voluntarios.

El nistagmus se marca especialmente, haciendo que el enfermo vea con fijeza un objeto; ó bien que siga con la mirada un cuerpo que se mueve.

Por último, la afasia, ó para hablar con propiedad, la turbación verbal motivada por la esclerosis en placas es típica: la voz toma un timbre más agudo; el modo de hablar es monótono, las sílabas muy acentuadas, las palabras separadas, y las primeras dificultades de la locución se presentan cuando intervienen las consonantes *g, l y p.*

Sin duda alguna no hemos agotado las manifestaciones que tienen de común ambas enfermedades, pero sí creemos haber dicho lo bastante para fijar definitivamente las ideas que deben presidir á una exacta diferenciación.

2º *La tabes espasmódica.*—El diagnóstico diferencial entre la polioencefalitis y la esclerosis de los cordones medulares anterolaterales es obvio. Tienen de común las contracturas y la exaltación de los reflejos tendinosos.

Basta para evitar cualquiera confusión recordar estos dos hechos: primero, la tabes comienza por fenómenos paréticos en los miembros inferiores; y para caracterizarla, más que á los síntomas en sí mismos, debe atenderse á su agrupación y á su aislamiento, rasgo clínico característico en la evolución de este mal; segundo, en la polioencefalitis se observan al principio *fenómenos cerebrales agudos*, especialmente ataques apoplectiformes que nunca se presentan en la mielitis anterolateral.

3º *La parálisis espinal aguda del adulto.*—Es más fácil confundir la poliomiелitis del adulto con la polioencefalitis, y esto porque los dos padecimientos tienen un principio agudo y manifestaciones sintomáticas análogas: pero un estudio atento permite señalar fundamentales diferencias.

a.—Las parálisis en la inflamación aguda de los cordones medulares anteriores, es constantemente *fláxida* y por el contrario es siempre espasmódica en la polioencefalitis.

b.—La hipertermia es de siete á quince días en la primera y mucho más breve en la segunda.

c.—En la poliomiелitis y durante la faz febril los enfermos presentan á menudo un aspecto tifoideo; y este hecho sería cuando menos excepcional en la inflamación aguda de los centros corticales psicomotores.

En la poliomiелitis los músculos afectados se atrofian rápidamente, y la fibra muscular degenerada presenta la reacción degenerativa; mientras que nada de esto existe en la polioencefalitis.

d.—En la primera de estas afecciones cuando todo un miembro está paralizado, desaparecen los fenómenos reflejos; en la segunda son siempre normales ó exaltados.

Bastará, pues, un análisis exacto de cada síntoma para evitar cualquier error, que, por otra parte no tendría importancia seria, desde el punto de vista del tratamiento.

4º *Los tumores cerebrales.*—Respecto á la posibilidad de confundir la polioencefalitis con un neoplasma en el cerebro, no puede haber duda, hay entre ambos estados bastantes analogías. Las consideraciones que deberán presidir para resolver á cuál de ambas afecciones deban atribuirse los síntomas observados son las siguientes:

En caso de neoplasma la cefalalgia se caracteriza por su larga duración y su excesivo grado.

El vértigo es más frecuente y mucho más constante en este caso que en el de encefalitis cortical de los centros motores.

Los accesos epileptiformes pertenecen de preferencia á la primera.

Las manifestaciones paralíticas del sistema muscular no son espasmódicas cuando las ocasiona una neoplasia encefálica, y por el contrario revisten constantemente ese carácter cuando son determinadas por la polioencefalitis.

Signo positivo de gran valor en el caso de neoplasia: *la infiltración de la papila del nervio óptico*; la importancia diagnóstica de este signo oftalmoscópico es tal, que permitió á Eichhorst diagnosticar un tumor del cerebro en un caso en el cual la gran palidez del enfermo había hecho creer al médico de cabecera que se trataba de anemia perniciosa progresiva; el diagnóstico de Eichhorst fué confirmado por la autopsia.

Annueske ha demostrado que este es un signo casi constante del tumor cerebral y Reisch sobre ochenta y ocho casos de esta clase encontró noventa y cuatro veces la infiltración papilar tanto por la exploración oftalmoscópica como por el examen cadavérico.

Parece difícil de comprender cómo en 88 casos de tumor encefálico haya podido observarse 94 veces la infiltración papilar, pero así consta en la obra de Patología Interna de Eichhorst: es probable que la primera cifra se refiera al número de enfermos y la segunda al número de ojos que presentaban ese signo oftalmoscópico.

TRATAMIENTO.

Las indicaciones capitales que debe cumplir cualquiera intervención terapéutica son, como es sabido, en número de tres, á saber: causal, morbosa y sintomática.

Examinemos someramente en qué consiste cada una de ellas y cómo se satisface en la enfermedad que nos ocupa.

1.^o *La indicación causal.*— Como no es nuestro ánimo discurrir doctrinalmente en el terreno de la medicina general, nos concretaremos á emitir esta proposición: *sólo cuando la génesis sifilítica de la polioencefalitis es bien probada, puede llenarse con esperanza de suceso la indicación causal*; en este caso el tratamiento yodo-mercurial antes llamado específico, debe insti-

tuirse con el fin de combatir no solamente la lesión, sí que también y directamente la causa de la enfermedad.

Hasta hoy no hemos tenido ocasión de asistir á un enfermo de esta clase, pero no vacilaríamos en proceder de este modo.

A los primeros síntomas del mal administraríamos el calomel en dosis cortas y repetidas, uno ó dos centigramos cada media hora ó cada hora hasta obtener el ptialismo; después el yoduro de sodio 50 centigramos y elevando progresivamente la cantidad hasta administrar 6 y 8 gramos ó aún más, si el caso lo requiera.

Una vez disipados los accidentes instituiríamos la medicación mixta yodo-mercurial.

2ª *La indicación morbosa.*—Se comprende fácilmente que aun en los casos en que la indicación causal es fácil de comprobarse y en que por tratarse de la infección sífilítica sea de presumirse que se atienda con suceso, de ninguna manera debe despreciarse lo que á la indicación morbosa incumbe.

Para definirla basta meditar en la naturaleza del proceso haciendo abstracción de la causa que le dió nacimiento; ahora bien: como el proceso que nos ocupa es esencialmente flogístico, se deduce necesariamente que el plan apropiado para luchar contra esa serie anormal de actos orgánico-funcionales debe ante todo, ser antiflogístico; y que por tanto, la indicación morbosa se cumple instituyendo una medicación antiflogística.

Los pormenores de ésta no pueden definirse en abstracto; cada caso particular indicará al médico los medios más adecuados para ese fin, contentándonos en este instante con enumerar los diversos medios de realizar la dicha medicación.

Estas son:

Las emisiones sanguíneas locales y generales; la revulsión bajo sus múltiples formas, etc.

También las preparaciones mercuriales y en particular el calomel pueden considerarse como agentes de esta medicación, no obstante que el conocimiento del microparasitismo patógeno, deja comprender que el mecanismo íntimo de su acción se dirige especialmente contra el elemento bacteriano.

3ª *La indicación sintomática.*—Esta, como es fácil comprender, consiste en modificar el fenómeno ó los fenómenos que por su excesiva intensidad ocasionan al enfermo gran molestia, ó que constituyen por su número, y hecha abstracción de la causa que les motiva, un peligro para la vida ó para el desempeño de funciones importantes.

Los principales síntomas que pueden constituir una indicación especial en este padecimiento, son: la cefalalgia, los vómitos, las convulsiones, la constipación, etc.

Contra estos accidentes se deberá oponer la medicación apropiada según lo indique cada caso en particular.

El estudio de estas diferentes medicaciones es del dominio de la terapéutica y sería inoportuno en este lugar.

* * *

He concluído Señores Académicos, con la desconfianza natural en el que tiene íntimo convencimiento de su insuficiencia; acaso, al lado de este incorrecto escrito, tengais que juzgar producciones de mérito indiscutible escritas por personas competentes: si no he logrado desarrollar con acierto un tema tan importante, así por su origen como por su intrínseco valor, quede al menos mi modesto ensayo como un homenaje de simpatía y respeto á la primera Asociación Médica de la República.

México, á 27 de Octubre de 1892. — T. NORIEGA.

PRIMERA OBSERVACION.

El Sr. Dr. J. G., natural de México, de 50 años de edad, casado, y de buenas costumbres. A fines del año de 1887, operando á un sujeto sífilítico le saltó una gota de sangre al ojo derecho y allí se le formó una úlcera en forma de chancro. El ganglio preauricular y los posteriores del cuello se abultaron y pusieron dolorosos. Algunos meses después tuvo ectima en los cuatro miembros pero más acentuado en los brazos. En 1890 estando en una población del Bajío tuvo una cefalea intensísima que se exageraba en las noches; tenía náuseas y vómitos algunas veces, pero no presentaba otros fenómenos. Bajo la influencia de la medicación yodo-mercurial desaparecieron todos estos síntomas.

Algunos meses después de la infección estando en su Consultorio, notó que balbutía; la pluma se le cayó de la mano y perdió el conocimiento; no tuvo contracturas, ni gritó, ni se mordió la lengua. Después de algunas horas volvió en sí y pudo continuar en sus ocupaciones; pero sentía dormidos los tres últimos dedos de la mano derecha y los dos primeros de la izquierda. Este síntoma duraba poco tiempo, pero ataques semejantes

le repetían con más ó menos frecuencia quedando en uno de ellos con la boca desviada hacia un lado. Entre ataque y ataque tenía con frecuencia diplopías, perturbaciones del olfato y del gusto y sensaciones de vértigo, como si estuviera próximo á caer en un precipicio.

El 1º de Enero de 1891 tuvo un ataque en el cual quedó hemipléjico por algún tiempo; pero después se recuperó y volvió á sus ocupaciones.

Por último, el 24 de Junio del mismo año tuvo otro ataque más intenso y más prolongado, trabándose enteramente, sin poder pasar alimento, sin moverse el vientre y durando algunas horas sin conocimiento. Cuando volvió en sí estaba enteramente paralizado y con tal rigidez en los cuatro miembros, que algunas veces se creía atacado de tétanos. Esta rigidez cedía cuando se forzaban las articulaciones pero el enfermo no podía hacer ningún movimiento voluntario. Había perdido totalmente la noción de la posición de sus miembros; á veces creía tener las piernas levantadas y necesitaba que alguna persona se las tocara para darse cuenta de la situación que tenían, pero dice que sentía los piquetes de las pulgas y la sensación del frío y del calor; la orina y los excrementos se salían sin que pudiera evitarlo. Poco á poco ha ido mejorando este último síntoma, pero frecuentemente se le sale todavía la orina, porque aunque siente la gana no tiene fuerza suficiente para contener el líquido.

La rigidez muscular era tal, al principio, que refiere el enfermo que la presión que los brazos ejercían sobre el tronco, era tan fuerte, que le impedía dormir, pues creía sofocarse; esta presión ha ido disminuyendo poco á poco, de tal manera que en la actualidad no la siente.

El 12 de Agosto de este año, que lo ví por primera vez, lo encontré acostado en una cama y en posición supina, ligeramente inclinado sobre el lado derecho. No tiene posibilidad de ejecutar ningún movimiento; tiene el pelo y la barba sumamente crecidos; pero está grueso y de buen color. Aunque tienen que darle de comer, lo hace con buen apetito, sus digestiones son buenas, duerme bien, y si no fuera por su parálisis se consideraría perfectamente sano.

Da razón exacta de toda su enfermedad, pero se nota que, ó no se ha fijado, ó ha olvidado las fechas de algunos de los hechos más salientes de su mal; la palabra es fácil y correcta, parece fatigarse un poco cuando habla.

Al descubrirlo se nota que no tiene ropa ninguna y esto depende de la imposibilidad que hay para separarle los miembros; los brazos están íntimamente unidos á la caja torácica; los antebrazos doblados sobre los bra-

zos, y las manos sobre los antebrazos; los dedos unidos y en ligera flexión, pero no están deformados.

El enfermo cree que empieza á mover los dedos de la mano derecha, y en efecto parece que desliza un poco uno sobre otro; pero el movimiento es tan limitado que puede muy bien dudarse si es real ó aparente; la contractura es tal, que no es posible separarle los brazos del tronco para poderle poner la camisa; empleando bastante fuerza se vence un tanto la contractura, y esto se hace sin que el enfermo sufra. Las piernas estaban en semiflexión y repentinamente se le extendieron de una manera brusca y enérgica. Dijo que de tiempo en tiempo le venían esas contracturas enérgicas.

Al examinar las piernas estaban rígidas en la extensión, y el pie extendido sobre la pierna; las dos piernas juntas y con tendencia marcada á la aducción; forzosamente puede doblarse la pierna sobre el muslo, y en esta posición el enfermo, voluntariamente desviarlas sobre el colchón y llevarlas á la extensión; pero la flexión voluntaria es absolutamente imposible. La familia refiere que hay momentos en que es fácil vencer la contractura y verificar la flexión de las piernas sobre el muslo y que en otras ocasiones este movimiento es casi imposible.

Cuando le examinaba no fué posible doblar el pie sobre la pierna, y por consiguiente no pude saber si había el fenómeno del pie. La pierna estaba tan rígida en la extensión sobre el muslo, que al percutir el tendón rotuliano no se pudo realizar la exageración del reflejo tendinoso.

La sensibilidad al dolor se conserva en todo el cuerpo; sin embargo, había uno que otro punto en que se podía picar impunemente; la sensación del frío y el calor es fisiológica, pero la táctil está notablemente pervertida. No distingue si un cuerpo es áspero ó liso, y cuando se le toca suavemente con un objeto cuya temperatura sea aproximadamente la del cuerpo, no se da fácilmente cuenta de esta sensación.

La vista, el oído, el olfato y el gusto son normales.

(Esta observación me fué comunicada por el Sr. Profesor D. Manuel Carmona y Valle.)

(Continuará).