

GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO

SEGUNDA OBSERVACION.¹

(CONTINÚA).

HOSPITAL DE SAN ANDRÉS.

Clínica interna de 5º año. — Profesor Manuel Garmona y Valle. — Cama núm. 6.

El Jefe de los trabajos clínicos de esta sala, Dr. F. Zárraga, encontró ayer esta cama ocupada por el enfermo José Godóy, y considerándolo digno de estudio por el cuadro sintomático que ofrecía, me encomendó hiciera de él un examen compatible con el tiempo de que podía disponer; desde luego procedí á verificarlo recogiendo los datos siguientes: El paciente de que se trata es un joven de regular complexión, vigoroso y bien nutrido, soltero y de oficio cargador. Refiere de una manera torpe é incompleta y á fuer de repetidas interrogaciones, que hace tres semanas próximamente, estando en el pleno ejercicio de todas sus funciones, fué sorprendido en la calle de Teresitas por un malestar general con dolor fuerte de cabeza acompañado de sordera; pero lo que más llamó su atención fué que al andar se *tambaleaba y le daba vuelta el mundo*, pero como no cayera al suelo, siguió su camino en ese estado, sintiéndose, según dice, como si estuviera borracho; en el camino se vomitó dos ó tres veces. Al llegar á la calle de Santo Domingo ya no pudo sostenerse, se fué de lado y al fin cayó al suelo, no pudiendo seguir por serle imposible tenerse en pie. Toda esta relación él la cuenta con esfuerzos de memoria, dice que en ningún momento *perdió la cabeza*, pues comprendía todo lo que pasaba en su derredor y veía y oía como siempre. Nada más he podido obtener del in-

¹ Véase la página 231 de este tomo.

terrogatorio, no me ha dicho ni una palabra de lo que le ha sucedido ó le han hecho desde aquel día hasta antier que lo trajeron á este hospital.

José Godoy refiere además que acostumbró la bebida durante unos ocho años, consistiendo en *refino*, que tomaba á toda hora del día, habiéndose retirado del vicio unos cuatro meses antes de su enfermedad actual. Respecto de sus enfermedades anteriores á la presente, poco he sacado en limpio, ya me decía que había padecido reumas, ya me decía que no; insistiendo sobre sus antecedentes morbosos pude sacarle que hace diez años tuvo una llaga en el miembro viril y bolas en las ingles; sobre este dato insistí mucho y siempre estaba conforme con su primera confesión. Procedí después de inquirir estos datos á la exploración: encontré una hemiplegia izquierda completa, la pierna inmóvil así como el miembro superior, abatida la parte lateral del tronco del mismo lado, los músculos del cuello y cara funcionan normalmente, los movimientos reflejos se conservan, notándose cierto aumento en el rotuliano; toda clase de sensibilidad está abolida en el mismo lado izquierdo, pues no siente los piquetes del alfiler ni en los miembros, ni en el tronco, ni en la cara; pero percibe la temperatura de los cuerpos que se ponen en su contacto, las sensaciones táctiles de todo género no le impresionan, como perturbaciones tróficas tiene eritema en el trocánter izquierdo. Pasé en seguida al examen de los nervios craneales, el olfativo y el óptico están sanos según se concluye de la normalidad de sus funciones, el ojo izquierdo ejecuta con dificultad su movimiento de rotación hacia afuera, su pupila dilatada y su iris parético, los demás movimientos del mismo ojo están normales; del lado derecho nos encontramos el párpado superior caído, levantado se ve con su pupila dilatada y su iris sin reaccionar á la acción de la luz ni de la acomodación, el globo ocular no puede ejecutar los movimientos de elevación ni abatimiento, no puede rodar hacia adentro, de los movimientos oblicuos no verifica ninguno, cuando se le presenta á cierta distancia un dedo y si éste se lleva hacia adentro ve dos.

Llama la atención la poca fijeza de sus ideas, pues varía frecuentemente de uno á otro tema, así como cierta tardanza en sus respuestas, á veces sin concordar con las preguntas, su memoria disminuida. Todo su cuerpo está sembrado de cicatrices de diversos tamaños y formas, de color blanquizco y plegadas algunas; en la cara interna del prepucio tiene un nódulo cicatrizal, pléyade ganglionar en las dos ingles é hinchado uno que otro ganglio cervical; además lleva J. Godoy huellas cicatrizales de color blanquizco en la faringe y ligera desviación del pilar derecho del velo del paladar. Se

me olvidó decir en su lugar correspondiente que ha sufrido dolores nocturnos de cabeza y huesos. Me fijé después en su aparato cardio-vascular: sus arterias radiales tienen su consistencia normal. La región precordial conserva su forma natural, se ven los latidos de la punta al nivel del quinto espacio intercostal, abajo de la tetilla; la área mate de la víscera impulsora está aumentada: por el procedimiento de Constantin Paul, dió la figura que dejé marcada en el pecho del enfermo. A la auscultación creo haber percibido un ligero soplo en el primer tiempo y en la punta que se propaga hacia la axila; el pulso es pequeño, débil y filiforme. Las funciones de los demás aparatos, fisiológicas. Reasumiendo: el enfermo en cuestión es un alcohólico que lleva los estigmas de la infección sifilítica, que hace un mes próximamente tuvo un ataque que le produjo una hemiplegia izquierda, una hemianestesia del mismo lado y una parálisis de los músculos inervados por el nervio motor ocular común. Igualmente José Godoy tiene una insuficiencia mitral que está compensada. En vista del cuadro sintomático que precede ¿de qué lesión adolece nuestro enfermo? La existencia de la hemianestesia nos conduce necesariamente á localizar la lesión en una región donde los conductores aestesiódicos correspondientes estén aproximados de manera que puedan haber sido interesados á la vez, la lesión estará pues del lado opuesto á la anestesia y ocupará un punto cualquiera de la zona comprendida entre el borde posterior de la protuberancia y el tercio medio de la cápsula interna. No hay otra región en el encéfalo en que una lesión única ataque simultáneamente todos los conductores de las impresiones sensitivas de la mitad opuesta del cuerpo. Esa región comprende dos partes que se continúan: una posterior bulbo-peduncular ó meso-cefálica y otra anterior capsular ó cerebral. ¿En cuál de ellas está la lesión? Por estar intactos los nervios olfativo y óptico que son cerebrales, por estar, en otros términos, intactos el oído y la vista, excluimos desde luego una lesión del tercio posterior de la cápsula interna. La hemianestesia tal como está en nuestro enfermo nos indica que la perturbación está en el mesocéfalo. Veamos ahora á dónde nos conduce el estudio de la hemiplegia; la existencia de ésta, supuesta única, nos indica no solamente que la lesión se sitúa en el lado opuesto del encéfalo, sino también que esta alteración ocupa uno de los puntos en que ella haya podido influir simultáneamente sobre todos los elementos afectados de la trasmisión motriz, es decir, el piso medio de la protuberancia ó el piso inferior del pedúnculo cerebral, ó la región opto-estriada. Ahora teniendo en cuenta que la hemiplegia que tratamos de valorizar no es completa,

que no afecta más que el tronco y miembros, y siendo normal la acción del nervio facial del mismo lado, la lesión no podrá estar en la última de las regiones antes mencionadas. Así pues la interpretación de la hemianestesia y la hemiplegia que ofrece nuestro enfermo, nos lleva á localizar la lesión en el mesocéfalo. ¿Estará en la protuberancia, ó en los pedúnculos? Para resolver esta última cuestión nos presta valioso contingente la alteración del nervio motor ocular común derecho. La parálisis de todas sus ramas nos indica que está afectado en su raíz en su núcleo de origen, es decir, en el pedúnculo cerebral, donde se encuentra á un lado de la línea media y abajo del acueducto de *Sylvio*, y como allí sus fibras aun no se entrecruzan, resulta que la afección por lo que respecta á este nervio, está en el pedúnculo cerebral derecho. Por exclusión podemos también decir que la lesión es peduncular y no protuberancial, por hallarse ilesos el facial y el motor ocular externo, nervios cuyo origen y primer trayecto están en pleno Puente de Varolio. En último análisis, el estudio de la hemianestesia y hemiplegia izquierdos nos llevó á situar la lesión en el lado derecho del mesocéfalo y el de la parálisis del motor ocular, nos hace circunscribirla aún más y localizarla en el pedúnculo cerebral derecho y en todo su espesor. Por lo que respecta al diagnóstico nosológico diré con el Profesor Carmona y Valle, que esta lesión pudo ser producida por un trombus, un émbolo; un neoplasma sifilítico ó una hemorragia; que la invasión del ataque no corresponde por su marcha aguda á la que produce un proceso trombótico; aunque el enfermo lleva una lesión cardíaca, sería muy artificioso suponer que todas las arterias que nutren el pedúnculo se hubiesen obliterado. Que aunque puede ser, no es probable, que una exostosis ó una goma se hubiesen formado en la base del cerebro y que latente al principio, hubiese determinado en un momento dado la compresión; y que es muy verosímil, que el alcoholismo determinando un vicio de nutrición en los vasos, acompañado de la endarteritis que trae la sífilis hubiesen sido causa predisponente para producir una ruptura y la hemorragia. Creo que el pronóstico del presente ataque es benigno visto el sitio de la lesión, pero reservado para el porvenir, por estar el sistema cardio-vascular alterado y que fácilmente pudiera venir ruptura de otros vasos y en regiones más delicadas.

La marcha que la enfermedad ha seguido desde que este estudio fué hecho, ha sido en extremo satisfactoria, pues á los ocho días de haber ingresado á este hospital, ya funcionaban algo los músculos oculares antes casi paralizados, los movimientos de los miembros comenzaron á aparecer

primero y más acentuados en la pierna y luego en el brazo; la insensibilidad casi desapareció al grado que en la actualidad ya no está perturbada esta función. Esta mejoría se ha ido acentuando cada día más y más, quedando sólo al presente la torpeza de los músculos inervados por el motor ocular común. Doce ó quince días después de que el examen y estudio de este enfermo se hizo, apareció por el oído derecho un escurrimiento purulento cuya secreción coincidió casi con el principio de su mejoría. Estudiado este nuevo signo se encontró que no está acompañado de dolores ni hinchamiento de las regiones circunvecinas, ni presenta dolores internos que hicieran sospechar que dicho escurrimiento viniera de la cavidad craneana y que por otra parte tratado el oído enfermo con inyección de solución bórica ha disminuído notablemente.

El tratamiento á que se ha sujetado el enfermo, ha sido el tónico, consistiendo en la administración diaria del vino de quina; después comenzó á administrársele el yoduro de potasio principiando por la dosis de un gramo diario. El estado actual del enfermo es satisfactorio.

México, Mayo 25 de 1892.

TERCERA OBSERVACION.

Clínica interna de 5.º año. — Profesor Manuel Carmona y Valle.

Agustín P. Barrón, originario de Veta Grande, de edad de 30 años, casado, comerciante, entró á este hospital el día 20 de Abril del presente año, á ocupar la cama núm. 30.

Sus antecedentes hereditarios y personales son los siguientes:

Padres sanos lo mismo que las otras personas de su familia; ni los parientes que él conoce, han padecido enfermedad alguna del sistema nervioso, ni tampoco ha habido enfermedades semejantes en su familia. Barrón tiene un hijo que goza de buena salud. En cuanto á las enfermedades que él ha tenido anteriormente, refiere: que de pequeño le salió en el pecho y parte superior de la espalda una erupción caracterizada por granos muy semejantes á barros, que al reventar daban salida á algo semejante al clavo de los diviesos mezclado con un líquido amarillento. Dicha erupción ha dejado en las regiones ya mencionadas, cicatrices blancas, na-

caradas, pequeñas y muy irregulares. En el año de 1878 tuvo un chanero y un bubón del que fué operado, pero no recuerda si salió supuración.

Parece no haber presentado los accidentes consecutivos de la sífilis, y buscado yo las huellas que esta enfermedad deja casi siempre, en la garganta, pene, tibias, piel, ganglios inguinales y nuca, no me ha sido posible encontrarlas. Ha tenido sarampión y neumonía. Costumbres alcohólicas y abuso de las relaciones sexuales. Ningún antecedente por parte del sistema nervioso, antes de la actual enfermedad, que refiere de la siguiente manera:

Hace casi once años, á fines de Diciembre de 1881, después de una comida bastante indigesta, Barrón se sintió algo indispuerto del estómago; como la molestia no era muy considerable, no hizo caso, cenó como de costumbre y se acostó. No recuerda si en la noche tendría algún ataque, pero al día siguiente despertó sin poder mover ninguno de los cuatro miembros, con la cara desviada hacia el lado derecho, con fuerte cefalalgia y vomitando algunos de los alimentos ingeridos el día anterior. La inteligencia y palabra normales. No recuerda cuánto tiempo estuvo paralizado, solo dice que pronto reaparecieron los movimientos en el lado derecho, quedando torpes en el izquierdo hasta mediados de Febrero, época en la que se restableció por completo, pudiendo entregarse á sus ocupaciones habituales.

Continuó abusando de los alcoholes y de las relaciones sexuales hasta el año de 83 en que á consecuencia, según refiere, de otra indigestión, tuvo un segundo ataque semejante al anterior, con la diferencia de que el dolor de cabeza y vómitos fueron más persistentes, más duraderos y de que no hubo ningún fenómeno por parte de la cara.

La familia resolvió llevarlo en coche á Zacatecas, llamando la atención de Barrón, la diplopia que presentó durante el camino. Llegó á Zacatecas y conoció perfectamente á las personas á cuya casa lo condujeron. Unas cuantas horas después lo llevaron á otra casa y aquí terminan sus recuerdos; pues al poco tiempo (no recuerda cuándo) de estar instalado en su nuevo domicilio, perdió el conocimiento, sin poder precisar en medio de qué circunstancias y permaneció en este estado cerca de dos meses, sin que su familia le dijera qué síntomas había presentado durante ese tiempo (calentura, delirio, convulsiones, contracturas, etc.); solo le dijeron que le habían puesto un vejigatorio en el vientre y que le habían cortado el pelo, á consecuencia de una erupción en la cabeza, caracterizada por costras amarillentas, debajo de las cuales se acumulaba un líquido sero-puru-

lento. Esta erupción tardó algún tiempo en desaparecer. A los quince días de recobrado el conocimiento pudo empezar á levantarse con ayuda de algunas personas, pues la dificultad, ó mejor dicho la falta casi absoluta de movimiento en la pierna izquierda lo imposibilitaba de hacerlo solo. Haré notar de paso que tanto en estos ataques como en los subsecuentes, Barrón refiere los fenómenos con cierta insistencia á la pierna izquierda, pues el brazo del mismo lado parece haber estado casi siempre, únicamente paresiado, ó paralizado de una manera pasajera. Volvió nuestro enfermo en coche á su ciudad natal, y al cabo de un tiempo que no puede precisar quedó al parecer, enteramente sano.

En 86 tuvo un tercer ataque semejante á los anteriores, y de esta fecha á noventa, algunos otros ligeros, caracterizados por una pérdida súbita del movimiento en la pierna y brazo izquierdos, paresias que duraban algunas horas (48 max.) y que dificultaban pero no hacían imposible la locomoción. Al mismo tiempo, se revelaban en los miembros izquierdos diversas sensaciones subjetivas, tales como pesadez, aumento de volumen, calor, frío, hormigueo, sobresaltos tendinosos, etc., marcándose todo de una manera más notable en la pierna izquierda.

En el año de 90, habiendo notado un día al levantarse, que la dificultad para moverse era muy considerable, resolvió partir á tomar baños á Aguascalientes.

En esa población permaneció ocho días, pero viendo que su padecimiento se agravaba, volvió á su casa, en donde sin poder precisar tampoco en qué circunstancias, se paralizó por completo sin poder mover ni aún la cabeza. En ese estado permaneció ocho días, al cabo de los cuales, la parálisis solo persistía en los miembros izquierdos, sobre todo en el inferior. A los dos meses comenzó á levantarse y entonces notó por primera vez, que al menor movimiento la pierna izquierda se ponía enteramente rígida, desapareciendo este estado por el reposo, para reaparecer al intentar moverse.

El brazo presentó alguna vez fenómenos semejantes, poniéndose en completa extensión, rotación forzada hacia atrás, el antebrazo en pronación, el pulgar en flexión y aducción, cubierto por los otros dedos, igualmente en flexión.

El tratamiento á que había estado sometido Barrón antes de su entrada á este hospital había sido el siguiente: papeles de calomel, gotas de nuez vómica, yoduro y bromuro de potasio, baños fríos, toques eléctricos y algunas veces tintura de yodo y fricciones de ungüento doble en la columna vertebral.

Por parte de las facultades intelectuales no ha presentado más que rápidas y momentáneas pérdidas de la memoria, verdaderas *ausencias*.

Mirando que la enfermedad no cedía á pesar de los medicamentos que en la calle le administraban, se decidió á venir á este hospital, á donde entró en la fecha arriba indicada.

Terminado el conmemorativo é interrogatorio pasé á la exploración, recogiendo los datos siguientes:

Agustín Barrón es de estatura mediana, algo enflaquecido, temperamento, al parecer, linfático, aspecto triste. En la cabeza, diferentes regiones de la cara, lengua, cuello, nada anormal. En el tórax, espalda, vientre, nada anormal, salvo las cicatrices ya mencionadas. El brazo izquierdo más delgado que el derecho, en ninguno de los dos hay movimientos anormales. En los miembros inferiores no hay diferencia de volumen apreciable por la inspección. La pierna derecha, puesto el enfermo en posición supina y con las piernas extendidas, está en abducción. La izquierda en aducción y los dedos en flexión, marcándose perfectamente los tendones extensores. A la palpación parece aumentada la consistencia en los músculos de la parte interna del muslo. Ningún movimiento anormal. Haciendo doblar la pierna al enfermo, pude ver que lo hacía con mucha dificultad, porque entraban en contractura los músculos del muslo y pierna, pues se dobla sobre el muslo, en aducción y con el borde interior del pie, más levantado que el exterior, pero sin temblor. Durante los movimientos se pueden palpar y ver las cuerdas rígidas formadas por los músculos contracturados. Queriendo repetir la experiencia, le fué al enfermo de todo punto imposible hacerlo, por impedírselo la contractura.

Después de unos momentos de reposo pudo Barrón doblar la pierna, extenderla y llevarla sin gran dificultad en el sentido que se le indicaba. Levantándola sobre la cama y dejándola caer, lo hace completamente á plomo y cuando se le dice que la deje caer lentamente tiene tendencia involuntaria á hacerlo en aducción. Los movimientos de los dedos muy limitados.

Haciendo sentar al enfermo la pierna toda, se contractura. Durante la marcha, la pierna se pone rígida, como de madera, el enfermo la levanta como si fuese de una sola pieza, arrastra un poco la planta del pie y dirige la punta de este último un poco hacia adentro. No se modifica la marcha haciendo cerrar los ojos al enfermo. Los reflejos profundos exaltados, tanto el del tendón rotuliano como el del pie. El reflejo al cosquilleo casi abolido. Algo exagerados los reflejos profundos también en la pierna de-

recha. Movimientos de los miembros superiores normales. Reflejos tendinosos exagerados en el brazo izquierdo. La fuerza muscular mitad menor en los miembros izquierdos con relación á los derechos. Sensibilidad muscular un poco disminuída para la noción de pesos, pero normal por lo que se refiere á la posición de los miembros, pues el enfermo puede localizar de una manera precisa el punto donde se le hace alguna exploración. Sensibilidad al contacto, dolor, calor, frío, electricidad, así como las sensibilidades especiales de los órganos de los sentidos, normales.

Corazón, pulmones, aparato renal y digestivo, sanos.

En resumen: *Agustín P. Barrón, padece una enfermedad crónica del sistema nervioso, caracterizada por accesos paroxísticos en la forma ya referida, con intervalos de salud más ó menos perfecta.*

El diagnóstico deberá comprender los puntos siguientes: *¿De qué enfermedad se trata, cuál es su naturaleza y cuál su localización?*

Es claro y palpable que los síntomas que ha presentado Barrón corresponden á una lesión encefálica; por otra parte, como los fenómenos se han marcado siempre de una manera persistente en el lado izquierdo, estoy autorizado para situar la lesión en el hemisferio derecho, pues no vamos á suponer el caso rarísimo de falta de decusación de las pirámides. Además, si recorremos la historia del enfermo y examinamos su estado actual, veremos que casi siempre ha habido y hay actualmente, no una hemiplegia, sino una monoplegia cervical izquierda. Con este dato positivo y los negativos de la no participación de los nervios craneales, y ausencia de perturbaciones sensitivas, podemos eliminar, bulbo, protuberancia, pedúnculos y región opto-estriada; lugares de donde emergen dichos nervios ó en donde los conductores quinesódicos están de tal manera fusionados que sería poco lógico suponer una lesión de tal manera limitada que afectase uno sólo con exclusión de los otros. Quedan pues, ó los puntos en que dichos conductores están separados, ó los centros de donde emergen. Es decir, *corona radiante ó centro oval, ó circunvoluciones pararolándicas y glóbulo paracentral de Betz.* Por la ausencia de contractura primitiva, podemos hacer la localización en la substancia blanca, pues aunque algunas veces es dicha contractura precoz en lesiones de la corteza, esto es raro y sobre todo si no tenemos en cuenta este dato, único diferencial en uno y otro caso, no hay diagnóstico posible.

Ahora bien, como en la pierna izquierda ha sido en donde se han marcado más y se marcan actualmente los síntomas, podemos localizar la lesión de una manera bastante precisa, *en el hemisferio cerebral derecho á la*

altura de los conductores quinisódicos que parten del lóbulo paracentral de Betz y partes superiores de las circunferencias pararolándicas.

Una lesión así situada, nos da cuenta del estado actual del enfermo, pero ¿cuál debe ser su naturaleza para explicarnos la marcha de la enfermedad con su cortejo de síntomas? Pudiera tratarse de un *Reblandecimiento cerebral*, de una *Paquimeningitis hemorrágica*, de la *Esclerosis en placas*, ó de un *tumor cerebral*. Las dos primeras pueden dar lugar á ataques apoplectiformes con intervalos de salud; pero en el *Reblandecimiento* los fenómenos difusos y de depresión intelectual, predominan con mucho sobre los circunscritos, como que traducen lo difuso de la lesión y la mala nutrición de los elementos nerviosos.

No puede ser *Paquimeningitis*, porque el cuadro sintomático de nuestro enfermo no tiene de común con dicha enfermedad más que los ataques apoplectiformes, pero faltan los fenómenos de excitación del primer período y actualmente no hay síntomas difusos ni de depresión, sino al contrario una monoplegia espástica, cosa rarísima en la *Paquimeningitis*.

Para excluir una *Esclerosis en placas*, me bastará señalar la ausencia de los tres síntomas que Charcot y los que con especialidad se han dedicado á su estudio, consideran como características y que son: *Temblores intencionales, nistagmus y palabra entrecortada*.

Queda pues como más probable la hipótesis de un tumor cerebral.

Con este diagnóstico creo poder explicar la mayor parte de los síntomas presentados por Barrón.

Desde luego la marcha se explica de una manera satisfactoria, pues que esa es la que en clínica se señala como peculiar á los tumores cerebrales.

Los accesos se explican tanto los circunscritos como los difusos. Estos últimos por congestiones, ó por una acción inhibitoria, los primeros por congestiones circunscritas, pequeñas hemorragias ó un aumento en el volumen del tumor. Porque no ha habido cefalalgia tenaz, vómitos persistentes, vértigos, etc. Porque la substancia blanca es como con razón la llama Jaccoud tolerante y porque cada cerebro tiene su personalidad, su manera de ser y de reaccionar que le son enteramente peculiares.

¿Qué de raro tiene que en el brazo haya habido unas veces fenómenos de excitación y otras de parálisis, si el conductor de su motilidad está tan próximo al del miembro inferior? ¿La diplopia no podría explicarse por excitación del lóbulo del *pliegue curvo*? La contractura actual, la exaltación

de los reflejos profundos, la disminución ligera del sentido muscular, el principio de atrofia del miembro superior izquierdo, creo que pueden explicarse por el participio que actualmente ha tomado la médula, á consecuencia de la degeneración del conductor, transmitida á ella, por intermedio de la pirámide. La pérdida del conocimiento tan prolongada, en el segundo ataque, me es imposible explicarla, puesto que no tengo ni un solo dato de qué partir. Fué de naturaleza inflamatoria y la erupción de la cabeza fué debida á algún medicamento que se quiso obrase como resolutivo! Tal vez, pero no puedo asegurarlo.

Admitido un tumor, cuál es su naturaleza? Diatésico, vascular, parasitario ó accidental? Podemos eliminar tubérculo y sifiloma por falta de antecedentes que nos permitan afirmar alguna de las dos enfermedades anteriores. Un tumor vascular, sería rarísimo en el lugar en que suponemos debería estar situado, por lo poco vascular, lo pequeño de los vasos de la región y el tamaño que necesitaríamos suponerle. Queda pues, ó un tumor parasitario (quiste hidático) ó alguno de los del grupo que Jaccoud llama accidentales. Punto es éste que dejo á la vasta ilustración del Maestro, esperando que como lo ha hecho hasta aquí, verá con la benevolencia que le es característica, los numerosos errores en que con seguridad he incurrido.

Mayo de 1892.

NOTA.—Durante su permanencia en el hospital, ha presentado Barrón, cierta rigidez en la pierna derecha, dolor de cabeza, y una sensación de peso en el hombro izquierdo, lo que ha permitido al eminente clínico, Sr. Carmona, asemejarlo á otros dos enfermos que existen en este hospital y á otro que murió en Jesús, cuando una nueva entidad morbosa, localizada en los centros psico-motores y á la que ha llamado *Polioencefalitis*, dando una prueba más de sus profundos conocimientos y brillante talento.

México, Septiembre de 1892.

CUARTA OBSERVACION.

HOSPITAL DE SAN ANDRÉS.

Clínica de 5° año. — Profesor Sr. Dr. D. Manuel Carmona y Valle. — Cama n.º 21.

José Barragán, de veintiocho años, de constitución fuerte, de temperamento bilioso, natural de San Miguel, casado y de oficio tocinero; entró á este hospital el día primero de Febrero del presente año.

Antecedentes hereditarios. — Su padre, madre y hermanos no han tenido enfermedad que sea digna de notarse. Sus hijos, dos vivientes, en perfecto estado de salud, teniendo el uno once y la otra, nueve años; los otros dos murieron antes de nacer: el primero que vino al mundo, de esta suerte, hace cuatro años, tenía seis meses; sus padres no pudieron saber la causa de su muerte, no presentó signos que llamaran la atención; el segundo, aborto de cinco meses, se atribuye á un disgusto que durante la preñez tuvo la madre. Esta última parece encontrarse aparentemente en buena salud.

Antecedentes personales. — Excepto alguna afección gástrica (catarral), fiebres eruptivas é impaludismo que sufrió en los primeros años de su existencia, llegó á la edad viril sin que nada le afectase, ingresando al ejército á la edad de diez y nueve años permaneciendo en él hasta los veinticinco. En el primer año de su carrera, después de haber estado en relaciones con una mujer, contrajo tres úlceras que al mismo tiempo le aparecieron en la corona del miembro; eran de forma oval, de bordes desprendidos, de fondo sucio y dolían mucho; supuraban también. Poco tiempo después tuvo una blenorragia y una orquitis al parecer blenorragica. Curado de sus úlceras, no dice haber padecido del revestimiento cutáneo. Refiere haber sufrido de las mucosas bucal y faríngea, pero no supo darnos signos claros de su padecimiento. Ha tenido dolores musculares ligeros, dolores articulares más pronunciados y de los huesos muy intensos, exacerbados en la noche con el calor de la cama. Se apercibió un día, con desagrado, que una de sus clavículas, la derecha, aumentaba de volumen y se deformaba. Sentía de vez en cuando punzadas que se le extendían á la mitad de la cabeza, con intensidad, las que le obligaban á meterse á la cama y á abandonar todo quehacer. Sus órganos visuales y auditivos por aquel entonces no presentaban modificación alguna.

Por el año de 88 le tiró un caballo; según parece el golpe no fué de consideración, y pasados que fueron los primeros momentos de la conmoción, se puso él solo en pie, cogió su caballo y lo montó. Las lesiones que la caída produjo en Barragán, fueron equimosis en la cadera y lomos del lado de la caída y una hematuria que terminó con la segunda micción. La cabeza quedó del todo indemne.

Principio.—Una semana después de este suceso, Barragán tuvo un fuerte disgusto con uno de sus camaradas y en la noche, cumpliendo con las exigencias de su servicio, soportó las inclemencias del tiempo, que fué frío y lluvioso. De aquí data la enfermedad que actualmente sufre nuestro paciente.

Ya desde esta noche Barragán empezó á sentir un fuerte dolor de cabeza que iba de una sien á la opuesta y de la frente al occipucio, y por la mañana siguiente observó adormecida la parte del miembro inferior derecho que corresponde á la pierna y que el pie no podía moverlo; notaba que su mal se agravaba á medida que avanzaba el día y luego que el otro hubo venido no pudo mover la pierna ni el pie y al muslo apenas podía imprimirle algunos movimientos. En el resto de este día su mal fué á más, perdiendo el movimiento no solamente del miembro inferior derecho sino también del brazo y cara del mismo lado. Sintió que la boca se ladeaba y que se le torcían los ojos poniéndose bizco (no pudo decir en qué sentido). A medida que la parálisis avanzaba, sentía que le temblaban las piernas, el brazo y sobre todo la cara cuando quería ejecutar algún movimiento voluntario. La palabra faltó en las primeras horas de este segundo día, recobrándola después, aunque no del todo, pues permaneció dificultosa, arrastrada, perezosa. La sensibilidad en nada se alteró. No perdió el conocimiento ni tuvo fiebre.

Transportado al hospital de San Lucas, permaneció allí dos meses, al cabo de los cuales salió creyéndose completamente curado; y, en efecto, así debió considerarlo al ver que pasaba el tiempo y no se repetía el accidente que dos años y medio más tarde debía conducirle á este hospital, en busca del alivio tan querido como poco esperado. Restablecido nuestro enfermo pidió su retiro, el que se le concedió. No hacía mucho tiempo que del hospital había salido, cuando arrojó un pedazo de tenia.

Pocos meses después tomó el oficio de tocinerero, y lo ejercía aún, cuando lo sorprendió el segundo acceso á que antes nos referimos y que fué causa de que viniera á donde ahora le encontramos.

Este segundo acceso, del todo semejante al primero, lo tuvo ha siete

meses. Durante todo este tiempo permaneció en su casa, curándolo personas extrañas á la Ciencia Médica; pero su enfermedad en vez de ceder, se agravó, sucediendo que el miembro inferior derecho no lo movía del todo; en el brazo pasaba lo mismo, la palabra torpe en la concepción y dificultosa en la expresión; más aún, la pérdida del movimiento se propagó al miembro inferior del lado opuesto, empezando con el pie izquierdo y la pierna y después con el muslo; no observaron tampoco en esta ocasión perturbaciones de la sensibilidad; pero sí rigideces en la cara interna de los muslos y posterior de las piernas, temblores que agitaban los miembros sobre todo con el ejercicio de los movimientos voluntarios. Este acceso tardó más que el primero.

La sensibilidad emotiva estaba exaltada; con la mayor facilidad pasaba de los ataques de risa convulsiva al llanto copioso. Dormía bien. Sus demás aparatos, según lo que de él pude saber, presentaban una regularidad perfecta en sus funciones.

Estos son los anamnésticos recogidos por mí y expuestos con toda claridad, aunque con tarda y perezosa palabra por José Barragán.

He aquí los signos y síntomas suministrados por la exploración:

Inspección general.—Color amarillento, estatura alta, cuerpo regularmente musculado, cara con expresión triste, accesos intempestivos de risa y llanto. Clavícula derecha aumentada de volumen y deformada. Tórax y abdomen nada de notable. Piernas y pies extendidos. Brazos: el izquierdo con naturalidad á lo largo del cuerpo y el derecho cayendo sobre la cama. Una cicatriz paralela al arco de Falopio en la ingle derecha. Ni manchas ni cicatrices en el resto del cuerpo.

Inspección local.—Cara, ojos, párpados, oídos, nariz, labios, lengua, velo del paladar y amígdalas normales.

Brazo derecho.—Antebrazo ligeramente doblado sobre el brazo, dedos doblados apoyados sobre el pulgar, éste debajo de ellos. Oscilaciones durante los movimientos voluntarios, no pudiendo hacer ninguno con precisión, como tomar un vaso y llevarlo á la boca. Por la palpación puede apreciarse el aumento de consistencia y ligera rigidez del biceps braquial anterior y flexores de los dedos. La fuerza muscular la encontré disminuída, apenas sentía la presión cuando con vehemencia la mano del enfermo estrechaba la mía. Con el dinamómetro señalaba 15 de presión. Los reflejos tendinosos exaltados, como se puede ver percutiendo el tendón del biceps, del braquial anterior, húmero radial, radiales, etc., etc.

Sensibilidad táctil disminuída, no puede indicar con exactitud el lu-

gar tocado con una pluma ó un lienzo, ni sabe con precisión á qué referir la sensación. En los dedos aprecia bien las impresiones. Sensibilidad al dolor íntegra, los pinchazos con alfiler les aprecia perfectamente. Sensibilidad á la temperatura normal, las sensaciones ocasionadas por la aplicación de un plato de hoja de lata ó la llama de un cerillo las distingue y aprecia perfectamente. Sensibilidad muscular disminuída un tanto; poniéndole varios libros no sabe cuándo se le quita uno ó se le añade otro. Reacción eléctrica. Corrientes inducidas, exagerada la excitabilidad.

Brazo izquierdo.—Disminuída la fuerza muscular, en el dinamómetro señala 25; por lo demás nada de anormal.

Miembros inferiores.—Derecho. Inspección estática. Delgado, extendida la pierna y el pie; al nivel del cuello de éste ligeros abultamientos y deformidad. Movimientos fibrilares en los gastro-nemianos más acentuados en el interno.

Inspección dinámica.—Imposibilidad para poder levantar el miembro con muchos esfuerzos y arrastrándolo por el lecho consigue llevarlo un poco para afuera ó hacia adentro. Dobla con igual dificultad y después de algún tiempo la pierna sobre el muslo. Los movimientos fibrilares se exageran en el triceps sural, se producen también en el crural y en general en todo el miembro, llegando á ser un verdadero temblor en todos los voluntarios. Per la palpación nos dimos cuenta de la rigidez de todos los músculos de la región interna y posterior del muslo, como también que el dedo se hundía y dejaba una depresión blanca al nivel del cuello del pie. Encontramos infartados los ganglios inguinales.

Fuerza muscular.—Disminuída, no puede doblar la pierna por poco que se le detenga el pie. Poniendo el dinamómetro apoyado en una de las varillas del catre y haciendo que la planta del pie la apoyara en arco libre, le insté á que con las piernas levantadas y dobladas hiciera fuerza sin apoyarse con los brazos en la cama, el dinamómetro no llegó más que á doce. Sensibilidad al dolor y á la temperatura comprobadas como queda dicho en la parte correspondiente al brazo, normales. Sensibilidad táctil y reflejo plantar (cosquilleo del pie) disminuídas. Sensibilidad muscular más alterada que en el brazo del lado correspondiente; pesos verdaderamente grandes, no los apreciaba; siempre para esto por estar más á la mano me serví de libros; un tomo de la obra de Jaccoud no sabía cuándo lo tenía encima y cuándo no. Tiene conciencia del sitio que ocupan sus piernas cerrándole los ojos y diciéndole el lugar en que estaban después de haberlas puesto en diferentes, lo señalaba casi inmediatamente con el brazo izquierdo, único que podía mover con precisión.

Los reflejos tendinosos, rotuliano y del pie me parecieron exaltados; para encontrarlos me serví de los medios siguientes: Después de sentar al enfermo en el borde de la cama le pasé mi brazo por debajo de la corva, de manera que su pierna quedara libre en el apoyo que le ofrecía; en seguida con la mano que me quedaba libre, le percutí el tendón rotuliano, obteniendo un levantamiento mayor que el normal. El fenómeno del pie como es sabido se obtiene doblando el pie sobre la pierna fuertemente y se nota primero una contracción tónica del tibial anterior y después dos ó tres contracciones clónicas del sóleo. En el enfermo que estudiamos, como antes dije, este reflejo me pareció exagerado.

Izquierdo. — Inspección estática. — Pierna y pie extendidos, volumen mayor que el homólogo, deformidad en el tobillo y tercio inferior de la pierna debida á un hundimiento rosado doloroso.

Inspección dinámica. — Movimientos dificultosos poco extensos aunque un poco más que en el lado opuesto; algo levantaba la pierna del plano horizontal de la cama, la aproximaba de la otra, doblaba y extendía el pie, todo con mucho esfuerzo y después de algún tiempo. Movimientos fibrilares con ocasión de los voluntarios, en la pantorrilla y parte interna del muslo.

Las sensibilidades: térmica, táctil, al dolor y muscular como queda dicho, los reflejos tendinosos presentaban modificaciones semejantes á las del miembro abdominal derecho. La palpación me dió á conocer el infarto existente en los ganglios inguinales izquierdos y me reveló una cuerda dura, resistente, dolorosa, como de un medio centímetro de diámetro, que se encontraba en la parte superior, interna y anterior del muslo y que empezando un poco abajo del arco de Poupart, se terminaba muy cerca del cóndilo interno del fémur; me permitió comprobar un fenómeno análogo al que habíamos visto en el pie derecho, el dedo se hundía en los tegumentos de la cara interna de la pierna y dorsal del pie dejando un hoyo de color pálido, exangüe y persistente y un abultamiento en la cara posterior de la tibia doloroso á la presión.

En los aparatos circulatorio, central y periférico, respiratorio, digestivo, hepático y urinario, no encontré nada que me llamara la atención; lo mismo me pasó con los órganos de los sentidos. Los ganglios cervicales retro-mastóideos están aumentados de volumen é indolentes.

Hay dolor cuando se comprime la parte inferior de la laringe.

No quedan en el miembro las cicatrices correspondiendo á las úlceras de que el enfermo nos habla. Su sueño es tranquilo en unas noches, otras tiene pesadillas ó no duerme.

La temperatura en la axila es de $36^{\circ}5$ á 37° .

Sensación subjetiva de frío en el lado derecho, enfriamiento real apreciado por el dorso de la mano y comparando con el lado opuesto.

La marcha es imposible, no puede estar de pie, la pierna derecha le tiembla extraordinariamente cuando está así; mucho menos la izquierda, de la que se sirve como de un pivote para hacer girar su cuerpo al tratar de dar un paso y se necesita sostenerlo para impedir que caiga. No aumentan los fenómenos al hacerlo cerrar los ojos.

Está aumentada la excitabilidad eléctrica (corrientes inducidas) en las partes enfermas.

Estos son los datos suministrados por el conmemorativo y la exploración. Vamos con su ayuda á tratar de formular el diagnóstico de la enfermedad que lleva Barragán bajo su cuádruple modalidad, á fin de llegar á un conocimiento más ó menos exacto de la marcha y pronóstico y poder instituir un tratamiento racional; así pues, nos ocuparemos: primero del Diagnóstico Topográfico; segundo de la Nosología; tercero del Etiológico; cuarto del Patogénico, y por último del pronóstico y tratamiento.

Diagnóstico Topográfico.—Procuraré reasumir en pocas palabras los datos que los anamnésticos y la exploración me parecen proporcionar para llegar á este conocimiento. 1º Sensibilidad emotiva exagerada. 2º Hemiplegia derecha. 3º Monoplegia inferior izquierda. 4º Contractura de los músculos de la región interna y posterior del muslo. 5º Movimientos fibrilares de los músculos superficiales y contractura de los profundos de la pantorrilla derecha. 6º Temblor en ambas piernas con ocasión de los movimientos voluntarios, exagerados en la derecha. 7º Exaltación de los reflejos tendinosos, disminución de las sensibilidades muscular y táctil. 8º Integridad de la nutrición de los músculos y articulaciones como lo prueban el aspecto y actitud de las piernas. 9º Sensibilidad al dolor y á la temperatura normales; y 10º Marcha de la aquinesia.

Salta á la vista que este conjunto de síntomas sólo una afección del sistema nervioso puede presentarlo. ¿Pero en qué parte de dicho sistema localizamos la afección? ¿O está extendida á todo él? En este último caso tendríamos que suponer ó aniquilación completa de todas las funciones si era generalizada, ó bien en el caso que estuviera extendida á toda la masa nerviosa, pero en focos aislados, tendríamos afectados territorios, grupos musculares con ó sin excitabilidad refleja, pero otros territorios y grupos musculares sanos; la sensibilidad en unos lugares abolida, en otros conservada y las facultades intelectuales existentes algunas, extinguidas otras,

etc., etc. Nada de esto se parece á lo que nosotros observamos; la afección por lo tanto es circunscrita.

¿Esta afección está en el aparato de percepción ó cerebro; en el de transmisión ó médula, ó en el de recepción ó sistema nervioso periférico?

Decimos que en el primero y no en otro alguno porque nuestro paciente presenta la mayor parte de los síntomas que son característicos de las lesiones cerebrales y que son los siguientes: monoplegia y hemiplegia con conservación de la sensibilidad y de la excitabilidad refleja y eléctrica, perturbaciones de la calorificación, ausencia de perturbaciones tróficas en los primeros tiempos, contracturas precoces, parálisis hepáticas, contracturas tardías y si no hemianestesia, epilepsia Jaksoniana hemicorea, escara en medio del sacro, etc., etc., es porque no todos los síntomas se encuentran reunidos en un sólo enfermo y además la forma, naturaleza y sitio de la parálisis, ausencia de perturbaciones tróficas alejan la idea de localización medular y la existencia de excitabilidad refleja y eléctrica y de sensibilidad y la ausencia de reacción, de degeneración, la de localizaciones periféricas múltiples.

Supuesta la afección del cerebro, necesitamos precisar más el sitio ocupado por ella; mas para esto tengo antes que exponer cómo me parece que se deba comprender la aquinesia que tiene este individuo; porque prescindiendo por un momento de la parálisis izquierda, al decir hemiplegia común sin participación del facial superior ni del inferior con persistencia de la sensibilidad, etc., es como si dijéramos lesión de los dos tercios anteriores del segmento posterior de la cápsula interna y esto no es evidentemente y basta para comprenderlo así fijarse un momento en el principio y desarrollo de la enfermedad, marcha lenta y progresiva, el pie, la pierna, el muslo, el brazo, tal vez la cara, fueron sucesivamente atacados, y esta no es la marcha de las afecciones de la interna ó de las partes contiguas; yo al menos no sé de ninguna lesión que con tanta parsimonia vaya afectando contigua ó continuamente el haz piramidal y solamente á él sin producir el ictus apoplético á no ser la hemorragia puramente paralítica muy puesta en duda porque produce la parálisis instantánea, el individuo queda en el lugar. El espíritu rechaza esta concepción y la práctica la condena.

Una lesión del centro oval en los haces subyacentes á las circunvoluciones centrales explicaría más fácilmente la cosa aunque no del todo: parálisis progresiva de marcha lenta, conservación de la sensibilidad, etc., pero la contractura y la parálisis espática, ¿cómo explicarlas? ¿No están

indicando una irritación de las celdillas cerebrales? Pues ascendamos un poco y supongamos la afección en el hemisferio izquierdo sobre su borde superior en el lóbulo paracentral de Bezt y extendiéndose á la parte superior de las circunvoluciones centrales, frontal y parietal ascendentes en el surco mismo de Roland. ¡Con qué facilidad nos explicamos entonces todas las perturbaciones funcionales causadas en el lado derecho del cuerpo! hemiplegia de marcha lenta empezando por el pie, la pierna, el muslo, contractura, parálisis espática sin pérdida del conocimiento por la lentitud en el desarrollo dando tiempo á la tolerancia, conservación de la sensibilidad al dolor y á la temperatura, la táctil y muscular disminuídas en algo, la excitabilidad refleja y eléctrica un tanto aumentada y movimientos fibrilares por la excitación continua y la degeneración que principia, perturbaciones caloríficas, etc.

Quedan explicados los fenómenos que se presentan en el lado derecho y los del izquierdo los produce otra afección ó es acaso la misma? En realizar esto último estriba el ideal del diagnóstico topográfico, veamos si lo conseguimos. Creo que no será difícil.

El centro de los movimientos del miembro inferior izquierdo se encuentran según Charcot y Pitres en el lóbulo paracentral derecho, avanzando un poco sobre la parte superior de las circunvoluciones centrales.

Un raciocinio análogo al que hemos hecho para diagnosticar la hemiplegia derecha, nos conducirá, como de la mano, á este hecho, que la aquinesia del miembro abdominal izquierdo proviene de una lesión situada en el centro psico-motor correspondiente. Ahora bien, este centro está frente por frente de su homólogo del lado opuesto, esto es, de aquel en que habíamos supuesto la lesión y no cuesta mucho trabajo comprender que de un lado haya pasado al otro aunque se presenta una dificultad y es la siguiente: La hoz del cerebro separa un hemisferio del otro excepto hacia su parte anterior por donde se tocan los lóbulos frontales y necesitábamos suponer una lesión extensa y de mucho tiempo para que pudiera afectar el hemisferio opuesto á través de la hoz ó invadirla y perforarla; pero es mucho forzar y creo que es más lógico suponer una afección de la duramadre, correspondiendo al lugar antes indicado y que empezando en el lado izquierdo en el ángulo formado por la hoz y la duramadre parietal, avanzara sobre el hemisferio opuesto invadiendo la hoz.

Una objeción se me pondría: ¿cómo es que no se observan perturbaciones circulatorias de parte del seno longitudinal superior? Una de dos: ó el seno no está interrumpido ó el gran anastomótico de Irolard ó la vena de Labé suplen por derivación la parte obstruída.

Diagnóstico nosológico y etiológico. — ¿Cuál es la naturaleza de la afección y cuál su causa? Los datos que nos pueden servir para llegar á ello no son por cierto las perturbaciones motrices ó sensitivas y que pudiéramos llamar síntomas de foco no porque éstas se presenten en cualquier proceso morboso que se circunscribe. Estos datos los tomamos de la marcha que ha seguido la afección y de las enfermedades que haya sufrido el paciente.

La marcha la reasumiremos así: 1º Accidentes paroxísticos con intervalos de perfecta salud, y 2º Desarrollo lento y progresivo de las perturbaciones funcionales.

Enfermedades que deben tomarse en consideración bajo el punto de vista que nos ocupa: Sífilis, que me parece bien demostrada por los signos y síntomas siguientes: Úlceras que tienen todo el aspecto del chancre blando, pero que muy bien pueden ser de la forma mixta de que habla Hardy, denominada por Ricord y aceptada por Fournier; un ganglio que supuró no excluye la idea del chancre duro porque no es únicamente el gonococcus de Neisser el que produce la supuración ganglionar y muy bien sabido es que el estafilococcus piogenus aureus también la causa como consecuencia de las linfangitis provocadas por las soluciones de continuidad sucias y mal cuidadas. La escoriación que da acceso al bacilus de Lutzgarten puede darlo al estafilococcus y traer la supuración ganglionar sin que por esto el chancre deje de ser sífilítico y esto se comprende mucho mejor en la forma mixta que es la que supongo tuvo nuestro enfermo; pero como no sólo sería muy aventurado, sino ilógico diagnosticar sífilis con un sólo signo, como dice Fournier, necesitamos otros y en nuestro enfermo los encontramos en cantidad. Infarto ganglionar en las ingles y en la nuca. Ausencia de manifestaciones cutáneas (?) Afección de la garganta que no dejó huellas. Dolores musculares y articulares. Dolores osteócopos. Exostosis clavicular y ¿de la cara interna de las tibias? ¿Los abortos que tuvo por este tiempo la esposa de Barragán reconocieron por causa la sífilis? Accidentes laríngeos y punzadas en los oídos. Periflebitis de la safena izquierda, caracterizada por el dolor, la rubicundez, la dureza, la sensación de cuerda que gira bajo los dedos y los edemas de la pierna y el pie; y los caracteres de las flebitis sífilíticas, poco dolor, marcha crónica y causas al parecer desconocidas; y por último, perturbaciones funcionales del sistema nervioso.

Creo que este conjunto de fenómenos morbosos nos pueden autorizar á diagnosticar la sífilis como causa de la afección que probablemente es el

neoplasma llamado goma. ¡Una vez más se confirma la ley de los sífilógrafos! Tras accidentes secundarios ligeros, vienen accidentes terciarios graves.

Desechamos la idea de un tumor vascular por estar íntegro el aparato circulatorio central y periférico y el no corresponder los síntomas observados con los producidos por los tumores vasculares.

No admitimos un tumor parasitario no obstante la existencia de tenia en algún tiempo porque esto de ninguna manera nos autoriza á tal concepción, faltando la totalidad de los signos correspondientes á tales tumores y caeríamos por lo contrario en aquello de "*Post hoc ergo propter hoc.*"

El diagnóstico patogénico y la marcha se deducen del diagnóstico sífiloma de la duramadre y de la hoz del cerebro, empezando en el lado izquierdo sobre los dos tercios superiores de las circunvoluciones pararolándicas y terminando en el lado derecho al nivel del lóbulo de Betz.

Este tumor, con sus congestiones, edemas, etc., y compresión ha producido todos los fenómenos antes señalados; desaparecieron probablemente por un tratamiento conveniente y volvieron á manifestarse luego que éste no fué suficiente ó no se continuó, y como Barragán durante el tiempo transcurrido desde el momento en que le dió el segundo acceso hasta que ingresó á este hospital no fué atendido por facultativo alguno que le detuviera su mal, se sigue de aquí que el Pronóstico en vez de ser favorable como de ordinario lo es en estos casos, es reservado y aun grave en este sentido, que es de temerse no recupere el uso de sus funciones perdidas supuesto que el tumor en este lapso de tiempo debe haber destruído algo de la corteza cerebral y del haz subyacente.

El tratamiento que se debe imponer como único medio médico de que se puede esperar todo ó cuando menos algo, es el tratamiento mixto: mercuriales y yoduros, ó cuando menos yoduros.—*J. Villarreal.*

Diagnóstico del Sr. Dr. Manuel Carmona y Valle, Polioencefalitis Aguda, tomado del libro de historias de la Clínica de quinto año.

México, Septiembre de 1892.

FRANCISCO GRANDE AMPUDIA.
