DICTAMEN rendido ante la Academia Nacional de Medicina por la Sección de Enfermedades Mentales y Nerviosas, acerca de la Memoria presentada por el Doctor Don José de Jesús González (de León), para ingresar como Miembro correspondiente.

La memoria presentada por el Señor Doctor José de Jesús González, para ingresar como miembro correspondiente de esta H. Academia, tiene como motivo un caso clínico observado por el Dr. González, y que, como él hace observar, podría entrar en el grupo de casos descritos por Oppenheim en su Tratado de las Enfermedades Nerviosas, bajo la rúbrica de "Parálisis periódicas de las extremidades," en un párrafo especial, al final del Apéndice al capítulo de las enfermedades de la medula espinal. Oppenheim separa estos casos del resto de las enfermedades tratadas en su obra, porque su descripción no corresponde á ninguna de las enfermedades clásicas y porque no se conoce su etiología, su anatomía patológica ni su patogenia. Hacemos esta observación, porque precisamente estos problemas son los que aborda el autor de la Memoria que analizamos.

El enfermo estudiado por el Dr. González presenta ataques de parálisis transitoria, los que se localizan á una porción limitada de los miembros superiores ó inferiores, ó invade completamente uno ó dos de estos miembros en forma paraplégica; esta parálisis es flácida, aparece siempre durante el sueño fisiológico y dura cuando más hasta el medio día siguiente á la mañana en que se ha presentado. La distribución de la parálisis presenta gran importancia para las hipótesis que emite después el autor de la Memoria: los músculos afectados no son los que están inervados por determinado nervio, sino más bien son los que funcionan para la ejecución de un acto determinado. Así, por ejemplo, hay ataques de parálisis, durante los cuales le es imposible al enfermo la extensión de la pierna sobre el muslo; otras veces es imposible el movimiento de "aducción y de rotación

hacia adentro de ambos antebrazos," así como su extensión y pronación; en ocasiones, sólo faltan la flexión y extensión del puño y esto con conservación de todos los otros movimientos. Durante los ataques, la sensibilidad y las reacciones eléctricas de los territorios invadidos se conservan intactas y los reflejos tendinosos están disminuidos.

Después de la descripción clínica del caso, pasa el autor á exponer su parecer respecto á la anatomía patológica y la fisiología patológica de esta afección. Comienza por establecer que los casos que estudia no tienen liga alguna con la histeria, fundándose, para opinar así, en que no existen estigmas de la neurosis, ni ha podido provocarlos por sugestión ni educación en su enfermo, á quien califica de inhipnotizable; en que no hay anestesia ni contracturas concomitantes, y en que los reflejos están disminuidos, mientras que en la paraplegia histérica están conservados.

Expresa después el Dr. González la opinión de que la lesión debe de consistir en una alteración del neurona motor periférico, porque las lesiones del neurona central se acompañan de parálisis con exageración del tono muscular y de los reflejos, en tanto que las del neurona periférico se traducen por parálisis flácidas con disminución de los reflejos. La falta de perturbaciones psíquicas, de afasia y de parálisis en los músculos inervados por los nervios craneanos, permite al autor asegurar que la lesión está en el neurona motor periférico de los nervios del tronco y de los miembros, es decir, en los cuernos anteriores de la medula, explicándose la falta de perturbaciones tróficas, porque se trata de una lesión funcional y no orgánica, como acontece en las poliomielitis infantiles y de los adultos. Por último, el autor excluye la idea de que la lesión radique en los cordones nerviosos, porque faltan las perturbaciones de la sensibilidad, y porque no se atacan todos los músculos inervados por el mismo nervio, sino más bien los simétricos y sinérgicos que concurren á la producción de determinado acto. En esto ve el autor de la memoria una consecuencia de la disposición segmentaria de los neuronas motores en la médula. Así, dice que la flexión y extensión de la pierna están encomendadas al 4º segmento lumbar de la medula; que los movimientos de "aducción," rotación hacia adentro, pronación y extensión del antebrazo, es-

tán encomendados al 6º segmento cervical de la medula; que la flexión y la extensión del puño dependen del 7º segmento cervical, etc.

Nosotros nos permitimos hacer la observación de que esta disposición segmentaria, tan explotada en neurología cuando se trata de las perturbaciones sensitivas, no tiene la misma significación cuando se aplica á las perturbaciones motoras, pues si es cierto que para las raíces nerviosas motoras, es decir, para el trayecto intracordonal de las raíces, la disposición segmentaria es indiscutible, también es cierto que los cuerpos de las células motoras mismas no afectan esta disposición segmentaria, sino que, por el contrario, se encuentran diseminadas á distintas alturas del cuerno anterior, y esto explica que, en las poliomielitides, los grupos musculares paralizados no correspondan siempre á los destinados á determinada función, como sucedería si en los cuernos anteriores existiera la disposición segmentaria rigurosa que acepta el Dr. González, en tanto que, en las raíces, sí existe esa agrupación sistematizada, según una función determinada, y para ellas sí es un hecho la disposición segmentaria.

Establecido por el Dr. González el sitio de la lesión en los cuerpos de las células que forman el neurona motor periférico, esto es, en los cuernos anteriores de la medula, pasa á determinar la fisiología patológica. De que existe una relación íntima entre el sueño fisiológico y la aparición de los ataques, y de la semejanza que existe entre el estado de la movilidad voluntaria, en el despertar fisiológico, y la paresia que llega hasta la parálisis en la afección que estudia, llega el Dr. González á esta conclusión, que nos parece algo difícil de aceptar: "La fisiología patológica de la *parálisis transitoria*, es la fisiología normal del sueño." Es cierto que, además de estas semejanzas entre el sueño y la falta de movilidad voluntaria, y además de las ligas que parecen unir á los dos fenómenos, el Dr. González se refiere al estado de los reflejos; pero debemos hacer notar que el Dr. González acepta que en el sueño normal los reflejos están siempre disminuidos, fundándose en sus investigaciones personales, hechas en niños exclusivamente, y no es ésta la opinión general de los fisiólogos, quienes afirman que, en el sueño fisiológico, los reflejos están más bien exagerados. No nos atrevería-

mos, sin embargo, á decir que las investigaciones del autor de la memoria carezcan de valor en este sentido.

Llevando más adelante sus apreciaciones, el Dr. González no sólo da por sentado que la *Parálisis transitoria* se debe á una especie de estado de sueño de las células nerviosas, sino que emite la opinión de que este estado, á su vez, se debe á que se han retraído los prolongamientos de las células nerviosas, verificándose un fenómeno idéntico al que, según Mathias Duval, da origen al sueño normal, y agrega que este fenómeno de amiboísmo es originado por la acumulación anormal de productos tóxicos, del mismo modo que se ha querido explicar el sueño por la acumulación de esas sustancias y la producción, bajo su influencia, de la retracción de los dendritos de las células cerebrales.

Vamos á permitirnos las siguientes observaciones á este modo de ver. Desde luego, la doctrina de un sueño limitado á ciertos territorios nerviosos, es idéntica á la que ha emitido el Dr. Sollier respecto á los fenómenos histéricos, doctrina que, en el fondo, sólo difiere de la del Dr. Grasset, para explicar los mismos fenómenos histéricos, por los términos que se emplean para exponerlos. Esto envuelve cierta contradicción en el autor de la Memoria, pues que ha insistido mucho en que la afección que describe y trata de explicar, es enteramente distinta de la histeria. Por otra parte, la doctrina del amiboísmo nervioso, como explicación del sueño normal, está muy lejos de haber sido aceptado por los fisiólogos de un modo definitivo, y debemos hacer hincapié en que estos fenómenos se han estudiado en las células piramidales de la corteza cerebral, y al asentar el Dr. González que la lesión funcional, origen de la parálisis transitoria, radica en los cuernos anteriores de la médula, parece dar á entender que, durante el sueño, las células de estos cuernos también presentan movimientos, lo cual no sabemos que se haya dicho ni investigado por nadie, aunque muy bien pudiera ser que existieran esas investigaciones sin que las conociéramos nosotros. De todos modos, suponer que las células de los cuernos anteriores ejecutan movimientos análogos, ó mejor dicho, idénticos á los estudiados en la corteza cerebral, nos parece una explicación forzada de los fenómenos paralíticos estudiados en la Memoria.

Dice también el Dr. González, que no ha encontrado estigmas de histeria en el enfermo que estudia, y debemos hacerle notar que uno de los caracteres más importantes, si no es el más importante, de las parálisis histéricas, es el que sólo impiden, precisamente, los movimientos necesarios para una función, y dejan intactos los demás. Esta sistematización de las parálisis histéricas, que no se parece á ninguna otra forma de parálisis, como no sea á la que es objeto de la Memoria en estudio, nos ha permitido hacer el diagnóstico, en casos en que no pudimos encontrar ninguno otro estigma de la gran neurosis. Esto no quiere decir, en modo alguno, que nuestra opinión sea que la afección denominada Parálisis transitoria, sea debida á la histeria; pero hacemos observar que tiene un carácter, cuando menos, que le es común en ella.

El escaso número de observaciones de este género publicadas hasta la fecha, lo completo del estudio hecho por el Dr. González, y lo ingenioso y bien expuesto de las teorías que emite, dan á la Memoria que nos ha tocado la fortuna de estudiar, una importancia que, en muy poco disminuye las observaciones que le hemos hecho, con el ánimo de cumplir debidamente nuestro cometido y, sobre todo, de contribuir á esclarecer su patogenia, exponiendo las objeciones que se podrían hacer á la que admite el Dr. González.

En resumen: creemos que la Memoria presentada por el Sr. Dr. José de Jesús González (de León), tiene una importancia bastante para pedir á esta H. Academia se sirva aprobar la siguiente proposición:

UNICA.—Se acepta como miembro correspondiente de esta Academia al Sr. Dr. José de Jesús González, en virtud de haber llenado los requisitos reglamentarios y de haber presentado una Memoria original y de gran importancia para la Neurología.

Academia Nacional de Medicina, 22 de Enero de 1908.

DR. LOAEZA.

JUAN PEÓN DEL VALLE.

JAVIER ARRIAGA.