

Los exámenes de orina posteriores fueron también interesantes y elocuentes: La urea siguió en cantidad muy escasa (3, 4, 6, 8 gramos por mil y rara vez 11). Los cloruros también escasos (de 0.50 a 2.60 gramos por mil, casi todos los días, menos uno que llegó a 4.70 y otro a 10). La albúmina existió en muy corta proporción (0.30 por mil). Los leucocitos se encontraron aglomerados, formando masas pequeñas, en los primeros exámenes y fueron disminuyendo lentamente hasta desaparecer en los primeros días de julio, en que también cesaba la fiebre. Las células renales fueron disminuyendo al mismo tiempo. Las células de la vejiga, los cristales de uratos y ácido úrico fueron escasos y faltó el fosfato tribásico, a pesar de la reacción alcalina. Para terminar el asunto relativo, diré que el Sr. Dr. Manuel Toussaint hizo un examen bacterioscópico en una de las primeras tomas de orina que hice, en la cual encontró numerosos colibacilos.

El día 9 de los corrientes nuestra observada había recuperado enteramente la salud.

Los comentarios que sugiere el relato anterior varían con el punto de vista que se considere. Por una parte el hecho de ser una complicación tan rara en el tabardillo, pues de los muchos enfermos que he observado sólo recuerdo de otro caso únicamente. Por haberse desarrollado después de un tabardillo bastante grave, en el que habiendo sufrido diversos órganos, se concretó el mal solamente al riñón y en esa forma y, por último, lo referente al tratamiento, el cual tiene que reducirse a los recursos médicos, ya que la intervención quirúrgica puede resultar inútil y hasta peligrosa. El plan terapéutico se redujo a la administración de diuréticos: teobromina, benzoato de sodio, etc., y durante varios días un gramo de salol, que se ha recomendado contra esta lesión precisamente.

Academia Nacional de Medicina de México, julio 16 de 1913.

G. Escalona.

---

### Algunas palabras acerca del diagnóstico de la hemiplejia.

---

Apenas si existe entre nosotros un síndrome que sea tan frecuente como el que acabo de enunciar. Basta recorrer un tanto las enfermerías de los hospitales para convencerse de ello, y lo mismo sucede si se observa con alguna atención lo que acontece en los consultorios de beneficencia pública, en los cuales al diario asisten enfermos de este orden en solicitud de curación, y escasa debe ser la práctica de cada médico internista, para que no esté atendiendo o haya atendido a un hemipléjico, todo lo cual comprueba la verdad de mi afirmación respecto a la frecuencia de la hemiplejia. Atrayendo mis recuerdos, tengo la convicción de haber visto hemipléjicos desde las enfermerías del extinto hospital de San Andrés, e igual veo hoy, como ya dije, en todos los lugares en que se observan enfermos de medicina interna, sección en la cual, encuentran cabida en esta capital, los enfermos que me ocupan.

Hay muchos puntos de vista, sumamente interesantes, desde los cuales un médico puede considerar la hemiplejia; v. g.: la frecuencia, ya mencionada, que puede y me atrevería a decir *debe* tener entre nosotros, como una buena parte

de su causa, las costumbres alcohólicas que el pulque sostiene en nuestras bajas esferas sociales, porque es mi impresión que la hemiplejia es más frecuente en esta clase social que en la acomodada. No desconozco el hecho de que los hemipléjicos acomodados se encuentran en sus habitaciones, ni me escapan las habituales costumbres de aislamiento entre los mexicanos cultos, ni la poca costumbre de que tales gentes salgan a los paseos públicos. Sé, en cambio, que las gentes pobres se ven obligadas a salir en busca de recursos y hasta las costumbres de mal entendida caridad entre nosotros invita a los hemipléjicos pobres a salir de sus casas, pues bien sabido es que son de los que recogen la caridad pública. No obstante, recapacitando en lo que como médico y como miembro de nuestra sociedad tengo observado, estimo no conocer tan gran número de hemipléjicos entre las clases acomodadas, y de ahí la importancia del diagnóstico del síndrome.

Escogí este tema para mi Memoria de hoy, porque buscando afásicos para tener el honor de presentarlos a ustedes, veo con gran frecuencia hemipléjicos, y como los afásicos observados durante el año transcurrido sólo podría importarlos ante ustedes como asunto de sintomatología y de diagnóstico clínico, temas que ya he tenido el honor de considerar en otras veces, me reservo a dar cuenta del conjunto en otra memoria y ojalá les acompañe de algún diagnóstico anatómico.

Es tan frecuente, decía, encontrar hemipléjicos al buscar afásicos, y es tan importante el diagnóstico de hemiplejia para el de una de las variedades de la afasia, que juzgo interesantísimo saber diagnosticar cuándo es orgánica la hemiplejia y cuándo no, así como también conviene saber el grado de cada hemiplejia para descifrar, además de la clase de afasia de la cual sufre un enfermo dado, su posible curabilidad, y, por último, son tan abundantes y tan curiosos los signos que se buscan para aclarar el problema en estudio, que no he resistido al deseo de consignar en este escrito, lo hecho por mí acerca del particular.

Hoy por hoy, los datos útiles para diagnosticar la hemiplejia son, como debe esperarse, los relativos a las alteraciones del funcionamiento fisiológico del sistema nervioso en la parte relativa, toda vez que las lesiones que engendran el síndrome se verifican en el sistema aludido. Además, si se tiene presente que la parálisis de todo un lado del cuerpo es lo que caracteriza el síndrome clásico, con variantes en cuanto a lo que por parte de la cara acompaña la parálisis del miembro superior e inferior, se podría asegurar que los trastornos relativos a movimientos en su acepción más amplia (deseo referirme a los espontáneos, a los comunicados y si se quiere aun a los reflejos) es lo que más debe encontrarse, y así sucede, en efecto, como se va a escuchar ulteriormente. Por otra parte, como la mayoría de las lesiones anatómicas que producen hemiplejia se verifican en el cerebro, aun cuando las hay en los pedúnculos cerebrales y en la protuberancia anular, todas se encuentran, según se ve, en la región más noble del sistema nervioso, en sitios en donde están muy cercanos territorios relativos a la sensibilidad, a la intelectualidad, a la vasomotricidad, en suma, a todos los elementos que constituyen la función del nobilísimo sistema nervioso.

Veamos lo que el clínico experto debe buscar en cuanto a movimientos en un hemipléjico en el cual ya observó el hecho ostensible, es a saber: la falta de movimiento de un lado del cuerpo. Debe buscar, en primer lugar, la especial dificultad que estos enfermos ofrecen para que se mueva en el miembro superior el dedo pulgar y los extensores del resto de los dedos; tampoco puede el hemipléjico poner el miembro de que hablo en supinación ni en rotación hacia afuera, ni levantarlo, y el conjunto de tales parálisis determina a dicho miem-

bro su actitud especial. Además de esto, es importante notar, por lo que a movimientos se refiere en el miembro superior, la flexión forzada del antebrazo sobre el brazo, detalle encontrado por Babinski, y consiste en ejecutar el movimiento de que habla, estando el enfermo en la cama en posición supina. (Fig. N.º 1). El mismo autor indica otro signo especial, el cual consiste en meter la mano del observador entre los dedos del hemipléjico, con lo cual, cuando se ruega al enfermo que trate de extenderlos, siente el primero una resistencia especial. El neurólogo citado, señala también el fenómeno de pronación, a cuya posición vuelve la mano de un hemipléjico cuando se lleva a la supinación y se abandona el miembro observado a su propia suerte. También puede notarse en algunos hemipléjicos el movimiento de abanico en los dedos de la mano, cuando un paciente quiere levantar el miembro paralizado. Bechterew describe un signo consistente en que si se flexiona el lado hemipléjico y se abandona para que se extienda, lo hace en dos tiempos.

Hechos comparables se encuentran en la observación de los movimientos del miembro inferior. Diré desde luego que la parálisis de los extensores es en este miembro predominante, tanto, que por eso se nota el pie en extensión plantar, ligera rotación y aducción.

Además y justamente por no poder flexionar el pie hacia su dorso, así como por no flexionarse la pierna sobre el muslo, estos enfermos marchan clásicamente segando, lo cual debe expresarse diciendo que, los músculos encargados de acortar la pierna son los paralizados. Los movimientos de aducción y de rotación hacia dentro son algo posibles.

Existen en relación con el miembro que estudio, movimientos tan especiales, que bastan para caracterizar una hemiplejia orgánica. Sea el primero, el movimiento combinado de flexión del tronco y del muslo, signo de Babinski, el cual consiste en acostar al enfermo, ya sea en el pavimento, como lo hace aquel distinguido neurólogo, ya en un lecho duro, con los brazos cruzados, y estando así, se le ruega enderezarse, sin tomar apoyo con las manos; entonces el miembro inferior paralizado se levanta al mismo tiempo que se endereza el tronco. (Fig. N.º 2).

Hay otro signo, el de Strumpell, consistente en mandar flexionar al enfermo la pierna sobre el muslo, oponiéndose el clínico a ese acto; entonces el pie del lado que se observa ejecuta un movimiento bien claro de aducción y rotación hacia dentro.

Raimiste describe otro fenómeno bien marcado. Cuando se manda ejecutar movimientos de aducción y abducción al miembro sano, oponiéndose a ellos, entonces el miembro hemipléjico ejecuta precisamente la aducción o abducción que no se permite hacer al sano.

El fenómeno de Grasset consiste en demostrar que el hemipléjico no puede levantar las dos piernas al mismo tiempo, y cuando tiene levantada del lecho la pierna enferma, si se le manda en ese momento levantar la sana, cae violenta y pesadamente la enferma. Este signo es muy marcado, es por esto que es de los que llaman más la atención de los estudiantes en las clínicas.

El signo de Neri, que también busco muy comunmente, consiste en tener de pie al enfermo con los pies juntos, los brazos cruzados sobre el pecho; entonces se le ruega agacharse, flexionando el tronco, con lo cual acontece que, en un momento dado, flexiona el miembro inferior hemipléjico. (Fig. N.º 3).

Hoover recomienda buscar otro signo, para lo cual tiene bien estudiado que

en el estado normal, cuando se levanta un miembro inferior, estando acostado el enfermo, y se oprime el clínico a ese movimiento, el talón del miembro apoyado en el lecho hunde claramente el colchón, porque el talón del caso, ejerce sobre él en ese punto mayor presión. Igual cosa sucede en la hemiplejia orgánica; pero no se presenta en la histérica.

En un orden comparable de ideas, para dejar señalados en este artículo la mayoría de signos utilizables para diagnosticar la hemiplejia orgánica, y por conceder quizá mayor importancia que a los anteriores, quiero insistir muy particularmente en los estudios de los reflejos ejecutados por los autores modernos. Deseo hablar primero del más conocido, del más útil a la clínica y también del primero que fué descubierto por su ilustre autor; me refiero al signo de Babinski. Todos sabemos en qué consiste; trátase de la extensión del dedo grueso del pie hacia su dorso; cuando se pasea con cierta fuerza una varilla embotada en la planta del pie en estudio y más cerca del borde interno de él, entonces el dedo grueso se endereza rápida y fuertemente, según llevo dicho, hacia el dorso del pie. (Fig. N.º 4). Tan claro y precioso signo se ofrece en los hemipléjicos en todos sus períodos, pero especialmente cuando ya está alterado el hacecillo piramidal; es, a saber, cuando ha comenzado la contractura. Por indicar de un modo tan claro esta alteración y por ser tan puro en sus resultados, debe guardar el signo de Babinski el culminante lugar en el cual lo coloca la neurología moderna.

A imitación del sabio francés, otros neurólogos han encontrado signos para determinar, entre otras cosas, si las hemiplejias son orgánicas o histéricas (piéticas). Oppenheim frota la cara interna de la pierna parálitica y obtiene, cuando hay degeneración del haz piramidal, la flexión dorsal del dedo gordo del pie correspondiente; como se ve, este fenómeno es igual al de Babinski, buscado en la pierna. (Figs. N.º 5 y 5 bis). Además, al buscar este reflejo de la pierna se nota algo de extensión del pie correspondiente. Bechterew ha encontrado un reflejo en el dorso del pie, que determina la flexión plantar de los dedos; verifícase cuando se frota el extremo proximal del dorso del repetido pie. Se sabe que al estado normal, en el caso supuesto, los dedos se enderezan, sucediendo justamente lo contrario en el estado patológico que estudio. Es este un fenómeno inverso, en lo tocante al movimiento de los dedos, al de Babinski.

Marinesco ha encontrado al frotar el borde interno de un pie de hemipléjico contracturado, que el pie hace un fuerte movimiento de aducción, con rotación interna. (Fig. N.º 6).

La unión de los fenómenos de Babinski, Oppenheim, Bechterew y Marinesco, no dejarán duda acerca de la degeneración del haz piramidal, como no la deja ya el del primer autor señalado, el cual sirve de fundamento a todos los demás; bien se comprende la importancia pronóstica de estos datos: indican en general la incurabilidad de la hemiplejia.

Para completar mi propósito debo mencionar igualmente el signo de la boca, el del cutáneo del cuello y el signo de la lengua. Se advierte el primero, mandando al paciente abrir fuertemente la boca, y la abertura que ella forma entonces ofrece el aspecto de un ovoide, cuya gran extremidad se halla del lado sano. El segundo signo aludido se nota en las mismas condiciones de exploración, pues al abrir la boca con fuerza, el músculo cutáneo del cuello se marca únicamente del lado sano. El signo de la lengua consiste en que cuando se manda sacarla se

desvía del lado de los miembros paralizados. Señalo, por último, el signo del orbicular, consistente en que el hemipléjico orgánico de origen central, no logra cerrar aisladamente el ojo del lado de los miembros paralizados.

Muchos de los signos descritos, nótese bien, son relativos a movimientos inconscientes o subconscientes y por eso con los neurólogos modernos les concedo gran valor. Pueden los hemipléjicos simular la parálisis de un lado del cuerpo y hasta hacer la simulación perfectamente bien, por decirlo así, en lo relativo a parálisis facial; pero nunca pueden simular, ni menos esperar que se verifique, v. g., la flexión combinada del tronco y del muslo hemipléjico, ni el reflejo de Babinski para el miembro inferior, ni tampoco pueden presentar de un modo evidente el signo de flexión forzada o el del abanico, para el miembro superior, ni pueden ofrecer a la vista del clínico la desviación oblicuo-ovalar de la boca, o el signo del orbicular o el del cutáneo del cuello, ni el de la lengua por lo que se refiere a la cabeza y cuello. Por eso la práctica de todos ellos es tan útil a la neurología y a la clínica neurológica modernas, y por eso yo me empeño tanto en propalarlos.

Ya que de reflejos he hablado, páreceme oportuno, porque he notado ciertas dudas en algunas personas, el aclarar alguna circunstancia relativa a ellos en los hemipléjicos, y luego lo haré, respecto de otra, relacionada con el tema reflejos considerado en lo general.

En cuanto a lo primero, quiero dejar asentado que los reflejos profundos se encuentran debilitados cuando se explora al enfermo cerca del momento del acceso apoplético, causa común de hemiplejia, y están exagerados después. Lo contrario acontece con los reflejos superficiales; éstos se encuentran exaltados si se explora al enfermo cerca del acceso de apoplejía, y disminuídos después. Respecto de ellos, debe el clínico tener presente la clase social del enfermo, pues cuando es persona culta, de piel delicada y muy cuidada, y si a esto agrega un temperamento general excitable, sus reflejos superficiales se exaltan por modo extraordinario, y, entonces, puede acontecer que al hacer cosquillas en la planta del pie, todo el miembro hemipléjico se encoge, simulando estar hábil para los movimientos. No conviene pensar tal cosa, porque dicho acto sólo debe anotarse a la cuenta de un reflejo superficial exaltado por el momento y jamás podrá ofrecerse a una familia, fundado en ese dato de observación, que el paciente recobrara la función perdida, esto es, el movimiento voluntario del lado hemipléjico, porque se expone, con seguridad, a que no se verifique lo anunciado. Esto sucedió a un notable clínico, cuyas ilusiones y las de la familia del interesado vinieron por tierra, observando con el tiempo la persistencia de la hemiplejia en un caballero que había retirado el miembro inferior izquierdo al hacerle cosquillas en la planta del pie el clínico en cuestión, que veía al enfermo en unión mía, como 8 horas después del acceso apoplético.

La importancia práctica que tiene recoger bien e interpretar mejor este dato, es igual a la que poseen, en las mismas condiciones, todos los demás signos mencionados, los cuales pueden fundar claramente la existencia de una hemiplejia orgánica o histérica, ayudando con particularidad en el diagnóstico de las afasias; y así, puede afirmarse que: cuando una hemiplejia sea orgánica y coexista con una afasia, ésta será también absolutamente real, y como es muy frecuente uno u otro caso, por eso mi empeño al ocuparme de este orden de conocimientos que tan de cerca tocan a mi capítulo ante esta docta Academia: la afasia.

México, junio 18 de 1913.

Antonio A. Loaeza.