NOTA SOBRE REFLEJOS TENDINOSOS.

Vengo en esta noche a distraer vuestra atención unos momentos que juzgo valiosísimos, porque me ayudarán a ilustrarme acerca del tema que voy a proponeros: el estudio de los reflejos tendinosos. Efectivamente, señores, todos los que hayan ocupádose de tratar enfermos del sistema nervioso, habrán podido apreciar el interés que este asunto merece: primero, por las dificultades que entraña el buscar los reflejos bien, y después por los grandes elementos que al diagnóstico proporciona. Se induce cuánto empeño debemos tener en acostumbrarnos a buscarlos debidamente, y también cuán precioso es saber interpretar este orden de manifestaciones.

Respecto a lo primero, séame permitido manifestar que no están de acuerdo entre nosotros todos los clínicos, respecto de cuáles y cómo deben buscarse, y menos aún respecto a las interpretaciones de diagnóstico. Para mí un clínico experto con su diestra armada del martillo para percusión, iguala en asuntos del sistema nervioso a un geómetra trazando, v. gr., un puente con sus justas dimensiones, puntos de apoyo, resistencia, etc. El clínico puede también por el estudio de los reflejos localizar una lesión, medir su existencia, indicar su importancia, decir a este respecto, esto es, desde el punto de vista pronóstico, si una enfermedad nerviosa curará o no, y si es curable cuánto tiempo tardará en lograrse esta curación.

Es curioso saber que no estamos de acuerdo, los que profesamos la clínica médica de la Facultad, acerca de lo que es un reflejo tendinoso. Por mí sé decir que entiendo por tal, la serie de actos de contracción muscular que determina la percusión de los tendones practicada en apropiadas condiciones y cuyos caracteres cardinales son éstos: ser involuntaria y violenta. Deseo definir el detalle del carácter involuntario de la contracción, manifestando: que el reflejo se ejecuta sin que la voluntad intervenga para desarrollarlo; y, sin embargo, esta misma acción de la voluntad ejercida de un modo particularmente atento puede evitar la producción o simularla. En otros términos: en los enfermos de buena fe y que no han sufrido muchas exploraciones, el fenómeno se produce sin que tenga influencia la voluntad; en cambio, en los muy explorados o simuladores puede modificar los resultados la voluntad misma.

Existe en materia de reflejos, todo un problema que nuestros preclaros fisiólogos deben ayudar a resolver. Los reflejos tendinosos se deben, según lo quieren Erb y Westphal, a los tendones; o son, según lo desean Gowers y Scherrintong, trepidaciones desarrolladas en los músculos. Parecería favorable a la primera idea el descubrimiento de terminaciones nerviosas en los tendones; mas contrarían por modo exagerado esta idea las experiencias en donde se han substituído los tendones por simples cuerdas, que hacen con-

tinuación a los músculos y en estas circunstancias siguen desarrollándose los reflejos, como si persistieran los referidos tendones.

Dejando este tema, como ya dije, a los fisiólogos, paso a exponer cómo exploro los reflejos tendinosos, diciendo de una vez que me atengo en esto fundamentalmente a lo que aprendí a ejecutar en París al eminente Prof. Babinski, con tal cual pequeña modificación que mi práctica me ha sugerido. El conjunto de reglas que yo observo es éste: desnudo la porción del miembro que voy a percutir, pues juzgo pésima la costumbre de no retirar las ropas, como veo ejecutarlo a otros médicos, especialmente para buscar el reflejo rotuliano, porque con las ropas no se pueden localizar bien los choques y no se advierten los ligeros movimientos de los músculos del caso. De contado con que se debe evitar que la voluntad actúe en forma especial para evitar el reflejo, y yo doy para evitar este efecto en los miembros inferiores, marcado interés a la maniobra de Jendrassik, consistente en entrelazar los dedos de las manos y tirar fuertemente de ellas. Para desviar la atención al buscarlos en los miembros superiores mando al enfermo apretar con una de sus manos la izquierda mía y busco los fenómenos en el miembro superior que queda libre.

Además es preciso una buena situación del miembro percutido, y en cada caso, lo cual definiré después, debe ejecutarse constantemente con un martillo de percusión, v. gr., como el de mi preferencia, que es el del profesor francés ya citado y que tengo a honra presentar. Por último, es preciso que la mano se acostumbre a desarrollar la fuerza en cada caso. Este detalle de la educación médica, debe a mi juicio seguirse con el mismo empeño que el aprender a percutir o a usar el oftalmoscopio.

Ahora, por lo que se refiere a los reflejos preferibles en las investigaciones, tengo como cardinales en el miembro inferior, el reflejo del tendón de Aquiles, el de la rótula o sea el patelar y el contralateral de los aductores. En el miembro superior busco constantemente otros tres: el del tríceps braquial, el de flexión del antebrazo y el de pronación de la mano.

El primero, el de Aquiles, lo busco como lo hace Babinski, colocando al enfermo de rodillas en una silla, con los pies separados y apoyándose en el respaldo de ella. Yo acostumbro poner una almohada en la silla para que las rodillas no sufran demasiado y soporte el enfermo más tiempo la exploración. El segundo, el de la rótula, lo busco dejando al enfermo colgar sus piernas en la cama o en una mesa, ejecutando la maniobra de Jendrassik o bien como acostumbra el Dr. Terrés: dejando al enfermo acostado boca arriba, con las piernas y los muslos encogidos, apoyando la mano izquierda del médico sobre el muslo para sentir con ella las contracciones musculares.

Para encontrar el tercero, el contralateral de los aductores, hago acostar al enfermo sobre el dorso y que los miembros inferiores estén flexionados, los dos pies juntos, y luego se ponen los miembros referidos en abducción. Esta postura se asemeja del todo a la acostumbrada para ejecutar el tacto rectal, v. gr., en los prostáticos.

Para buscar los del miembro superior uso las siguientes actitudes: el reflejo de extensión del antebrazo lo busco sentado yo junto al enfermo y un poco atrás de él: hago que poniendo su miembro superior en flexión lo dirija un poco hacia atrás y se apoye en mi muslo. En tales condiciones advierto

las más ligeras contracciones en el momento de la percusión del tendón del tríceps braquial.

El segundo, el de flexión del antebrazo, lo obtengo poniendo éste en semiflexión y pronación, sosteniendo con la mano izquierda del observador el antebrazo observado por su borde cubital; entonces, se provoca la contracción golpeando la extremidad inferior del radio por el lado externo y cerca del extremo inferior de él. Hay neurólogos que lo buscan percutiendo el tendón del bíceps, estando el antebrazo semidoblado sobre el brazo. Ya dije que yo prefiero el otro procedimiento.

Para buscar el tercero, el de pronación, se coloca el miembro superior en la posición ya descrita para el anterior y se percute la parte anterointerna del radio o la posteroinferior del cúbito.

Deseo ocuparme ante esta ilustre Academia de otra de las facetas de la cuestión, la que se refiere a la manera como se alteran los reflejos en las diferentes enfermedades, y trataré de la disminución de aquéllos. Véamos inmediatamente lo que a ello se refiere. Para encontrar el fenómeno, es preciso saber evitar previamente los errores en la apreciación de los datos obtenidos, lo cual se logra las más veces poniendo en práctica los medios que llevo aconsejados, y, además, para el caso de que la persona esté ya muy explorada, en cuyo evento evita el reflejo como ya asenté, se debe ver la intensidad con que se verifican en cada vez, y comparar igualmente lo verificado en cada uno de los lados del cuerpo; por último, consumir la práctica acerca del particular.

Me alejo del método fisiológico para decir en cuáles casos está disminuída o falta la acción refleja, lo cual se reduce a decir: cuando hay interrupción en alguna de las partes del arco diastáltico. Yo me atengo al criterio verdaderamente clínico, que es el que debe guiarnos a la cabecera del enfermo.

Con él sé que los reflejos faltan en la *tabes dorsal*, en la *neuritis* y en las *poliomiELITIS* anteriores, siendo en estas enfermedades el detalle aludido de primer orden para el diagnóstico. Señalo, para no omitir, la enfermedad de *Friedreich*, pero diciendo que en México no la he observado, y para completar diré en qué otras enfermedades faltan también los reflejos; pero no forma la falta de reflejos signo cardinal como en los padecimientos que ya cité.

En la segunda categoría que me ocupa ahora, esto es, cuando el padecimiento existe en la parte central del reflejo, están la *mielitis difusa*, la *transversa*, la *compresión de la médula* y quizá otras.

Voy a decir algunas palabras respecto a las del primer grupo, recordando que la falta de reflejos es en la enfermedad de *Duchen, de Boloña*, verdaderamente característica y, como se dice habitualmente, *precoz*. Tan sólo quiero hacer constar la importancia que concedo para este diagnóstico a la falta del reflejo del tendón de Aquiles: nunca ha faltado este signo en todos los casos que he explorado de diez años a la fecha y no da lugar a error alguno, como el reflejo patelar, que, sobre ser más difícil de buscar, da lugar a equivocaciones; como ya señalé, aparte de otro, algo frecuente y el cual consiste en que al tocar la piel se declara un suave movimiento del todo semejante al reflejo verdadero. Por allí se induce todo el interés que presenta en la práctica dar la preferencia, como se la doy sin vacilar, a la falta del reflejo del tendón de Aquiles, para el diagnóstico de la *tabes dorsal*, especialmente si

se recuerda la circunstancia de ser cruzada la falta del reflejo patelar y la del de Aquiles: hecho muy frecuente en la enfermedad a que aludo.

La neuritis, atacando como lo hacen claramente uno de los extremos del arco diastáltico, ponen de manifiesto la carencia de reflejos, marcándose más en los miembros inferiores para lo tocante a las de origen alcohólico.

En la poliomiелitis anterior la lesión se hace, como el nombre lo indica, en los cuernos anteriores y en ellos ataca los mismos centros reflejos, siendo por tanto violento y claro el signo en su modo de aparecer y manifestarse. Mencioné también la enfermedad de Friedreich, como siendo evidente en ella la pérdida de los reflejos, porque se atacan los arcos tendinorreflejos y se asocia la conocida esclerosis de los haces pilares. Es curioso saber que en esta enfermedad y en la tabes jamás se vuelven a presentar los reflejos, y en cambio vuelven en la mielitis y en las poliomiелitis.

Las neoplasias intraespinales, las mielitis y las hematomielias, por un procedimiento muy análogo, es decir, atacando la parte central del reflejo, la médula misma en su parte central, producen la abolición de los reflejos correspondientes al segmento alterado y la abolición y exaltación en los reflejos situados abajo.

Debo mencionar la miositis o sea la inflamación de los músculos, como una nueva circunstancia que evita los reflejos. Cuando, v. g., se inflaman los músculos por el reumatismo, no se produce el fenómeno que estudio.

Además de los conocimientos que acabo de considerar, colocados todos en el arco diastáltico de los reflejos, hay otras circunstancias en las cuales faltan éstos, por lesión de las partes más altas del sistema nervioso, v. g., las encefálicas. Es muy conocida la circunstancia según la cual, por ejemplo, en una hemorragia cerebral hay durante los fenómenos llamados de *shock*, irreflexividad tendinosa y cuando van pasando estos fenómenos nos vuelven los reflejos lentamente, excepto cuando se ha destruido el arco diastáltico.

Es preciso recordar también que Bastian dió una ley que puede servir de norma en la clínica: cuando hay lesión transversal en la parte cervical de la médula principalmente, se ve falta de los reflejos situados abajo; hecho explicado porque la acción excitadora del cerebelo falta, sucediendo lo mismo con la acción frenadora del cerebro. Cierto que en contra de estos conocimientos quedan las experiencias modernas: v. g., las practicadas en los decapitados, en quienes pueden encontrarse los reflejos aun algunos minutos después de ejecutado el acto; lo que se explica diciendo que la acción excitadora del cerebelo se prolonga por todo ese tiempo. Tampoco ignoro que haya descritos en la ciencia algunos hechos de enfermedades medulares que han atacado toda la médula, y no obstante, los reflejos se conservan; mas para tales excepciones confirman la regla de Bastian, aun cuando éstas no deben olvidarse.

En mis próximas notas ofrezco continuar exponiendo lo poco que mi experiencia me ha enseñado en este importantísimo asunto de los reflejos.

México, junio 3 de 1914.

ANTONIO A. LOEZA.