Los reflejos defensivos son lentos; los tendinosos y cutáneos normales. Falta el reflejo faríngeo. Pupilas iguales; reaccionan normalmente á la luz y la acomodación. Esfínteres normales.

Sensibidad general ligeramente escasa, debido á la poca mentalidad de la enferma. Sólo en la región externa del antebrazo izquierdo se constata una zona elíptica de anestesia, de doce centímetros de largo por siete de ancho. Las localizaciones tactiles son precisas; estereognosis incierta; sentidos térmico y dolorífico escasos; la sensibilidad muscular de las piernas perturbada, existiendo una sensación subjetiva de impotencia que no corresponde á la fuerza real. Los sentidos especiales poco aguzados; campo visual correcto.

El examen psíquico revela una mentalidad inferior, deprimida, vagamente estúpida.

IV

Orientando el examen del caso hacia su verdadero diagnóstico clínico, ya presumido por la simple ponderación de los datos anamnésticos, encontramos una desorganización funcional y sistematizada del aparato de equilibración, lesionando de diversa manera los distintos modos de actividad kinésica de las exremidades inferiores.

Después de comprobar la localización de los fenómenos patológicos en las piernas, se examina su

motilidad estando la enferma acostada y sentada sucesivamente. En el lecho, los movimientos espontáneos se producen normalmente, mas con cierta lentitud propia de la mentalidad inferior de esta enferma; se le ordena levantar sucesivamente las piernas, encogerlas, extenderlas, dar un puntapié, y lo hace correctamente; no hay parálisis, incoordinación, espasmo ni temblores. Sentada en una silla repite esos movimientos sin obstáculo de ninguna clase.

No solamente la motilidad es normal, sino que la fuerza muscular está bien conservada; al estirar la pierna vence fuertes resistencias opuestas por la mano del médico, levanta pesos discretos con la punta del pie, etc. Repite varias veces esos movimientos, probando tener resistencia á la fatiga muscular. Sin embargo, la paciente *cree y dice* tener las piernas flojas.

Ordenando á la enferma ponerse de pie, desliza las piernas para sacarlas de la cama, resbala normalmente sus glúteos sobre el borde, hasta tocar el suelo con los pies; en este movimiento sus manos se apuntalan en el margen de la cama, evitando la caída del cuerpo, como si el suelo hubiera escapado bajo sus plantas. Sostenida por su madre y el practicante, que la toma por debajo de las axilas, la enferma consigue estar de pie, desplomándose cuando se la abandona á sus propias fuerzas. Caminar le es de todo punto imposible; si es muy solicitada por quienes la sostienen, sólo consigue arrastrar la punta de los pies, sin asentarlos sólidamente.

Fuera de esa impotencia de los miembros inferiores, de nada quéjase la enferma, ni refiere su familia.

En suma, esta enferma presenta un trastorno funcional limitado á la estación de pie y á la marcha, sin parálisis de los miembros inferiores ni siquiera paresia, con sensibilidad normal en esos miembros, sin perturbaciones de los reflejos ni de los esfínteres y sin estado espasmódico. Es, pues, un sindroma de astasia-abasia, tal como Blocq lo define: «Estado mórbido en que la imposibilidad de la estación erecta y de la marcha normal contrastan con integridad sensitiva, de la fuerza muscular y de la coordinación para los otros movimientos de los miembros inferiores.»

V

Sin perder sus características, el sindroma de la astasia-abasia puede presentarse bajo diversas formas clínicas. Charcot (1) propuso la siguiente clasificación de esos tipos:

Astasia-abasia. .	*a)* Paralítica ó parésica.	1.° coreiforme.
	b) Atáxica (con incoordinación motriz).	2.° trepidante.

Su autor atribuía á este cuadro el solo objeto de indicar los principales puntos de referencia, ó más bien dicho, los grandes jalones en cuyo rededor vendrían á agruparse naturalmente las variedades, sin duda muy numerosas, que pudieran presentarse en

(1) *Leçons du mardi*, 1888-89, pág. 368.

la clínica. Podría agregarse un tipo «accesual ó paroxístico», basándolo en el caso publicado por Ladame (1), un tipo «saltatorio», según lo observado por Brissaud (2), etc.

Aparte de esas diferencias en el tipo clínico, se encuentran siempre los dos síntomas esenciales: imposibilidad, más ó menos acentuada, de permanecer de pie y de ejecutar los movimientos de la marcha normal.

Si á un astásico—dice Pomina (3), sintetizando las descripciones de Blocq, Gilles de la Tourette, Grasset y otros—que está sentado le ordenamos ponerse de pie, aparecen las perturbaciones en grado variable según los casos; ya impidiéndole en absoluto la estación, si no se le sostiene como á un niño, ya impidiéndole estar de pie sin ayuda, buscando como punto de apoyo un bastón ó una silla. En otros casos el enfermo, para guardar el equilibrio, imprime movimientos de oscilación al cuerpo, la cabeza y los brazos. En algunos casos la astasia es absoluta: abandonadas á sus propias fuerzas, las piernas se doblegan como si fuesen de algodón, el enfermo cae irremisiblemente; sin embargo, colocado *en cuatro pies*, marcha gateando, con facilidad. Cuando la estación vertical es posible, si se le manda caminar, sólo consigue arrastrarse, desprendiendo apenas los pies del suelo, como un niño en el estreno de sus prime-

(1) «Un cas d'astasie-abasie sous forme d'attaques», *Archives de Neurologie.*—1899.

(2) «Le espasme saltatoire dans ses rapports avec l'hystérie», *Archives generales de Médecine.*—1899.

(3) Tesis citada.