nes generales, recordemos que á Gilles de la Tourette se debe una de las mejores descripciones de sus diversos tipos clínicos, pues dedica á este sindroma uno de los más interesantes capítulos de su clásico tratado (1).

VI

El diagnóstico de la astasia-abasia no ofrece, en la mayoría de los casos, dificultades considerables, si se conoce el sindroma; pero siendo frecuentemente ignorado por los médicos no especialistas, se le confunde con afecciones diversas, de origen neurósico ó reumático, y aun con trastornos orgánicos de la médula espinal.

En rigor, según observa Blocq, la confusión sólo sería posible con otras disbasias psíquicas: amnésica de Seglas y Sollier, emotiva de Seglas y Binswanger; pero un neurólogo nunca podrá confundirlas con perturbaciones motrices de otro orden, determinadas por alteración orgánica del eje cerebro-espinal. La disbasia amnésica, según dicho autor, se distinguiría de este sindroma por hallarse bajo la dependencia de perturbaciones psíquicas generales, siendo la amnesia el fenómeno dominante, extendido no solamente á la marcha normal, sino también á otros actos automáticos diversos. La disbasia emotiva, de Binswanger, se caracteriza por un sentimiento de

(1) *Traité Clinique, etc.*, parte III, cap. XIII, págs. 132 á 157.

ansiedad, de terror bien marcado por la estación y la marcha, en todo comparable á la ansiedad que asalta al agarófobo al atravesar una plaza, por ejemplo; aquí se impone pensar en el diagnóstico de «staso-basofobia»; sindroma frecuente en los degenerados mentales y psicasténicos, raro en los histéricos.

De las diversas formas clínicas de esta enfermedad, la llamada paralítica se presta más á errores de diagnóstico, en un examen superficial. Un astásico abásico de este tipo, en su grado más intenso, puede confundirse con un paraplégico común, y sobre todo, con un paraplégico histérico.

Con una paraplegia vulgar la confusión sería imperdonable; en efecto, un disbásico no tiene sus reflejos modificados (aunque esto no es absoluto), ni tiene perturbaciones de la sensibilidad, urinarias ó tróficas; además, y esto es más importante, conserva intacta su fuerza muscular y la regularidad de los movimientos de los miembros inferiores en el decúbito.

En la paraplegia histérica, en su forma flácida, la confusión es posible, sobre todo si consideramos la frecuencia de estigmas histéricos en los astásico-abásicos; sin embargo, el paraplégico suele acusar disminución de potencia muscular y el trastorno motor no desaparece, sea cual fuere la posición adoptada.

Cuando en el abásico es posible la marcha, la incertidumbre de ésta le imprime ciertos caracteres que harían posible confundirle con un tabético; bastará tener presente la marcha tan característica de

los enfermos con ataxia locomotriz. Si al tabético, estando sentado, se le ordena ponerse de pie y marchar, se levanta bruscamente, la mirada fija en el suelo, la atención concentrada en su acto, lanza violentamente las piernas hacia adelante y afuera, golpeando con fuerza el suelo; si entonces se le ordena detenerse de pronto, pierde el equilibrio; lo mismo sucede cuando se desvía su atención de la marcha. Estando de pie, la oclusión de los ojos determina la vacilación y la caída (signo de Romberg). Además el atáxico conserva en decúbito la incoordinación en sus movimientos, no pudiendo en estas condiciones medir la fuerza, la dirección y la amplitud de ellos.

Con esos datos, brillantemente puestos de relieve por Blocq, no cabe confusión entre esta y las demás bisbasias, debidas á parálisis ó incoordinaciones musculares.

Sobre la base de esos conocimientos clínicos, el diagnóstico diferencial de nuestra enferma fué relativamente fácil, imponiéndose el de astasia-abasia desde el primer momento.

Una *paraplegia* debía excluirse por no existir fenómenos paralíticos propiamente dichos, según demostraba la persistencia de la fuerza muscular para los movimientos efectuados estando en el lecho ó sentada; excluíanse, pues, las afecciones medulares, sistematizadas ó no sistematizadas, las lesiones cerebrales localizables bilateralmente; la paraplegia histérica, etc.

No se constataron *atrofias musculares,* alejándose toda sospecha de lesiones miopáticas, mielopáticas ó neuríticas, capaces de producir un sindroma paraplégico, sin contar que la astasia-abasia no podría confundirse con la paraplegia por las razones apuntadas.

Hay una perturbacióu de las funciones inherentes al equilibrio. Pero es un trastorno *eminentemente funcional y sistematizado,* pues aparte de la estación y la marcha, todos los movimientos son bien coordinados, excluyendo la hipótesis de una ataxia de origen periférico, mixto ó central.

El carácter exclusivamente sistemático de este trastorno funcional obliga á referirlo á una causa psíquica, localizada en la corteza cerebral: una disociación ó inhibición del centro ó centros funcionales correspondientes á la estación de pie y la marcha. Se trata, pues, de un accidente histérico, el cual realiza el sidroma de Blocq, la astasia-abasia, revistiendo la forma clasificada por Charcot con el nombre de paralítica.

VII

El Dr. Domingo Pomina, en su tesis ya citada, enumera las diversas interpretaciones y teorías emitidas para explicar la patogenia de este sindroma, siguiendo las huellas de Blocq y de Sollier; generalmente la opinión de Blocq es más aceptada por los autores.

Todos consideran el fenómeno como una perturbación de origen cerebral, una alteración psíquica que trae como consecuencia la disbasia motriz; pero