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 perturbación 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

cuando intentan clasificar su naturaleza comienzan las divergencias. Blocq la considera como resultado de una deficiente representación mental de los actos coordinados relativos á la marcha; Seglas y Sollier como la pérdida de la memoria de dichos actos; Binswanger como una fobia de la marcha.

Analizando sucintamente los actos coordinados de la estación de pie y la marcha, Blocq ve intervenir en su producción dos centros celulares motores; uno cerebral y otro espinal. Al centro superior, el cerebral, corresponde el acto volitivo, la emisión de la orden de la marcha, de su aceleración, de su amortiguamiento, la suspensión del acto pasivo; al centro medular sólo corresponde la ejecución automática de aquélla.

Se comprende entonces que una lesión de estos centros celulares, con mayor razón la de ambos, repercutirá sobre el mecanismo de la marcha, perturbándola ó aboliéndola; si el trastorno actúa sobre el primer centro, faltará el estímulo inicial, la impulsión voluntaria, y el centro medular no podrá espontáneamente llevar á cabo los movimientos de la marcha; si actúa sobre el segundo habrá impulsión cortical, pero la médula no reaccionará tras ella.

Se concibe que ese trastorno, una influencia inhibidora como imagina Blocq, puede ser completo: habrá, pues, abolición del acto, ó puede ser imperfecto: entonces las órdenes serán transmitidas ó ejecutadas desigualmente, de manera desordenada, produciendo la desarmonía y la incoordinación más ó menos pronunciada de los movimientos. ¿Sobre cuál de estos dos centros se localiza la perturbación que

determina el sindroma de la astasia-abasia? Blocq (1) respondía, al describir el sindroma: «En el estado actual de nuestros conocimientos sobre el asunto, sería temerario establecer que, en todos nuestros casos, uniformemente, el asiento de la perturbación es primitivamente, cortical, ó al contrario, espinal.» Es verdad que, en muchos de nuestros casos, la existencia de influencias psíquicas precediendo al desarrollo ó á la desaparición del trastorno motor, hablaría en favor del origen cortical; pero parece, por el contrario, que en una por lo menos, de las observaciones (la décima), la afección fué primitivamente medular.

Posteriormente (2) el autor niega á la médula, al menos como razón primera, su intervención en el fenómeno. El origen histérico del fenómeno, la manera de evolucionar, su duración y el éxito de la psicoterapia, no dejan dudas acerca del origen cerebral de esta enfermedad.

¿Cuál es la naturaleza de esta perturbación? ¿Es orgánica ó funcional? Puede establecerse, con Charcot, que se trata de una alteración de las llamadas puramente dinámicas, vista la integridad de otras funciones, como la inteligencia, la sensibilidad, la fuerza muscular, etc.

Se trata, pues, de una perturbación dinámica cortical, localizada sobre el dominio del territorio celular que preside el acto coordinado de la marcha, con exclusión de los otros sistemas de traslación. Esto último se explica por la existencia, lógicamente

⁽¹⁾ Sur une affection, etc., lec. cit.

⁽²⁾ Les troubles de la marche, Semeiologie, etc., ob. cit.

presumible, de asociaciones celulares distintas, que presiden á los otros modos de locomoción, como el salto, la carrera, la natación, la marcha en cuatro pies, etc.

Es un fenómeno análogo al observado en ciertas afasias histéricas, donde el enfermo imposibilitado absolutamente de expresar su pensamiento por el lenguaje articulado, puede, sin embargo, gritar, expresarse por el lenguaje escrito y aun conservar integro su lenguaje musical (1). Al comenzar este parágrafo de su tesis, observa Pomina que entre los autores no hay divergencias en la interpretación del fenómeno al considerarlo como una alteración dinámica cerebral, pero que ellas nacen al penetrar la naturaleza íntima del trastorno psíquico.

Blocq piensa «que debe considerarse como análoga á esa manera de expresión patológica especial, descrita por Janet con el nombre de anestesia sistematizada. Este psicólogo entiende, con esto, que la anestesia no se refiere á todas las sensaciones que provienen de ciertos sentidos, sino de un grupo de sensaciones que forman un sistema, dejando llegar á la conciencia la noción de todos los otros fenómenos percibidos por los mismos sentidos». «En cuanto se refiere á la astasia-abasia parece que se trata del mismo hecho, con esta diferencia: que las cosas no se producen en el dominio de la sensibilidad, sino en el de la motilidad. Sólo las representaciones mentales relativas á la marcha son deficientes, mientras que las relativas á los otros modos de progresión, ó

movimientos generales de las articulaciones, persisten intactas. La abasia sería, para nosotros, una variedad importante de akinesia: una akinesia psíquica sistematizada.»

En apoyo de su teoría, Blocq cita un caso de Babinski, de una parálisis histérica sistematizada de todas las funciones generales del miembro inferior izquierdo, salvo la marcha; parálisis que representaría precisamente el tipo inverso de la abasia.

Según Blocq, la interpretación propuesta por Janet convendría para explicar los fenómenos de uno y otro orden.

Seglas y Sollier (1) consideran la astasia abasia como una amnesia del mecanismo de la marcha. Siendo la marcha un acto automático, adquirido mediante ún largo aprendizaje, puede admitirse la posibilidad de olvidarla, como toda cosa aprendida.

Para que la marcha no se cumpliera, bastaría que la excitación inicial, nacida por el contacto del pie con el suelo, no despertara el recuerdo del primer movimiento elemental. Entonces, aunque los centros asociados pudieran ser puestos en acción, no sería posible caminar (Seglas). En este último caso, en que existe intacto el recuerdo de los centros secundarios, el abásico podría caminar siempre que una excitación diferente de la inicial (el contacto del pie con el suelo) actuara sobre el segundo centro. Se explicaría así que el abásico camine con sólo sostenerlo por los brazos (Seglas).

Que el mecanismo de la marcha puede olvidarse,

⁽¹⁾ Ingegnieros, «La Psicopatología del lenguaje musical», en Archivos de Psiquiatria y Criminología.—Buenos Aires, Mayo 1904.

⁽¹⁾ Les troubles de la mémoire.

239

VIII

lo prueba esta observación vulgar: muchos enfermos, postrados en el lecho durante largo tiempo por una enfermedad depresiva, olvidan la marcha, necesitando nuevo aprendizaje para volver á caminar.

Sería un fenómeno análogo al que sucede con la afasia y la agrafia histérica: el enfermo no puede hablar ni escribir, pues ha olvidado el mecanismo de los actos necesarios para hacerlo.

Blocq, refiriéndose á la teoría de Seglas, insiste en que la abasia es un trastorno psíquico, atacando el substratum, el dominio de la función de la marcha exclusivamente, es decir, la asociación de los diversos elementos que intervienen para ejecutar esta manera de traslación.

Para Binswanger es un simple episodio neurasténico, una fobia de la marcha, una hermana de la agorafobia. Sin embargo, es evidente que en la inmensa mayoría de los casos los astásico-abásicos no presentan la emotividad exagerada, la puerilidad, la ansiedad, la abulia, que hacen del agoráfobo un desequilibrado psíquico y moral.

En suma, todo el fenómeno se produce en los centros funcionales de la estación y la marcha, localizados en la corteza cerebral, cuya perturbación es sistemática y deja intactos los centros de otros actos automáticos diversos, así como el estado mental del enfermo.

Creemos útil mencionar, á guisa de ilustrativo documento clínico, un caso muy interesante descrito por Raymond y Janet (1), el cual sugiere muchas indicaciones sobre la naturaleza y patogenia de este accidente histérico.

La enferma pertenecía á una familia de neurópatas y desde la primera infancia manifestóse tan emocionable, que la bautizaron con el nombre de «sensitiva». Las emociones le hacían flaquear las piernas; despertada, una noche, por los gritos de su hermana, se levanta, quiere correr hacia ella, pero cae en medio de la habitación, pues le fallan las piernas. El accidente se repite varias veces, con carácter transitorio; dos meses antes de concurrir al hospital, á consecuencia de un grave disgusto con su abuelo, el fenómeno se instala con caracteres permanentes. No tiene verdadera paraplegia, pues siempre conservó el movimiento de sus piernas estando en la cama v podía resistir los movimientos comunicados; en cambio érale imposible estar de pie ó marchar. En suma, la enferma presentaba astasia-abasia, es decir, parálisis incompleta y sistematizada de los miembros inferiores.

Al entrar al hospital no se constató ninguna

⁽¹⁾ Nevroses et Idées Fixes, vol. II, pag. 405 y sigs.