

Las piernas están en extensión forzada, los pies completamente extendidos en ligera rotación hacia adentro: las dos piernas aproximadas, con tendencia marcada á la adducción. Es absolutamente imposible doblar el pie sobre la pierna, y por consiguiente tampoco se puede buscar la existencia del fenómeno del pie. Desplegando cierta fuerza, se puede doblar la pierna bajo el muslo y éste sobre la pelvis. En esta posición, puede voluntariamente el paciente deslizar el pie sobre los cojines y extender la pierna; pero el movimiento voluntario de flexión es imposible.

Cuando se doblan las dos piernas, permanecen algún tiempo en esta posición; pero repentinamente y de una manera brusca y enérgica, se extienden nuevamente.

Los músculos están perfectamente desarrollados, y los dos miembros son simétricos.

La sensibilidad al dolor y á la temperatura son normales. En cuanto á la sensibilidad táctil, tiene algo anormal; pues aunque el enfermo siente perfectamente la mano que le toca, no puede, sin embargo, definir siempre si un cuerpo es áspero ó liso.

La vista, el oído, el olfato y el gusto, están normales.

Actualmente (en Junio de 1893) sé que este enfermo continúa en el mismo estado en que le vi hace un año.

Este caso nos ofrece un ejemplo perfecto y completo de parálisis espástica, pareciéndose mucho á la que describe P. Marie en los casos de detención del desarrollo del haz piramidal. Además, esta parálisis ha sobrevenido después de accidentes cerebrales mani-

fiestos; vértigos, perturbaciones del olfato y del gusto, diplopias, parálisis del facial, hemiplegia, pérdida de conocimiento, etc.

OBSERVACIÓN II.

Hospital de Jesús, cama 1ª, departamento reservado.

José M. Romero, de 34 años de edad, de raza indígena, presbítero de Chilapa, de buena constitución y de antecedentes irreprochables, entró al hospital el 4 de Mayo de 1891.

Refiere que no ha tenido, como enfermedades anteriores, sino fiebres intermitentes y que hace 5 años, en 1886 comenzó á observar que se fatigaba fácilmente caminando, y que la tal fatiga desaparecía por el reposo. Una noche sintió hormigueos en el pie izquierdo, sobresaltos de los tendones y rigidez de la pierna al andar. Al siguiente día experimentó fenómenos análogos en la pierna derecha. En la marcha arrastraba los pies, le temblaban las piernas y creía caminar sobre lana.

Poco tiempo después observó que hablaba con dificultad. En este estado sufrió una violenta cefalalgia y tuvo delirio. Cree haber tenido calentura, pero no puede asegurarlo, por no habersele medido la temperatura. Se le encerró en un cuarto y no tuvo conciencia de sí mismo, sino 15 días después. Entonces se encontró completamente paralizado é imposibilitado de pronunciar una sola palabra. Tenía el cuello rígido, y no podía ejecutar movimiento alguno ni con los brazos ni con las piernas; deglución difícil, hasta el grado de no poder tragar líquidos sino muy lentamente.

te; se le salía la orina sin apercibirse de ello, y la constipación era tenaz.

Poco á poco recobró el uso de la palabra, conservando cierto modo de hablar, que describiré más adelante. La emisión involuntaria de orina duró ocho meses, cesando entonces definitivamente. Los movimientos del brazo izquierdo reaparecieron gradualmente, y aunque bastante pesado este miembro, le es hoy bastante útil. El brazo derecho ha mejorado algo; pero sus movimientos son muy limitados. Hay impotencia completa de las piernas y desde hace cinco años no ha podido dar un paso. Jamás ha tenido nistagmus ni temblores intencionales en su único miembro útil.

El está medianamente desarrollado, pero no debilitado; su faz es animada y de un color normal; come con apetito y digiere bien. Pasa sus días acostado en la cama ó sentado en un sillón. Para cambiar de lugar, es necesario que un hombre le lleve, pues ya hemos dicho que desde hace cinco años no da un paso. Las piernas están en extensión forzada, enteramente rígidas y en adducción. Todos los músculos adductores están en contracción y forman un relieve visible. Cuando el enfermo está acostado, puede, aunque con pena, doblar la pierna bajo el muslo y éste sobre la pelvis; pero cuando intenta ponerse en pie, le sobreviene una rigidez tan fuerte, que renuncia á ello. Este fenómeno, constante cada vez que quiere apoyar el pie en la tierra, le sobreviene también cuando está acostado. Varias noches le ha acontecido que estos espasmos ó convulsiones tónicas, han llegado á ser tan violentas, que estando los pies apoyados en la pared

ó sobre los fierros de la cama, el tronco ha sido rechazado con tal fuerza, que algunas veces ha producido la caída del enfermo de la cama.

El brazo derecho es muy pesado, sujeto á contracciones y sacudidas frecuentes; los dedos están en semiflexión, conservando aún algunos movimientos voluntarios pero con mucha dificultad. El izquierdo tiene movimientos fáciles, y aunque ligeramente rígido es, sin embargo, el miembro más útil de que puede hacer uso este pobre individuo.

Sentado en su sillón, delante de una mesa, puede escribir bastante bien. Para ello, coloca el brazo derecho sobre la mesa, y con la mano izquierda coloca la pluma entre los dedos de la derecha que están en semiflexión. Lo que así escribe lentamente es bastante legible.

Los músculos responden bien á las corrientes eléctricas; esta excitabilidad es, sin embargo, exagerada. Los reflejos tendinosos están muy exaltados en los dos miembros inferiores y en el brazo derecho; lo están menos en el izquierdo; pero siempre más marcados que en el estado normal.

La sensibilidad en todas sus formas es normal.

La manera de hablar de este enfermo, es muy singular. No olvida ninguna palabra, pero á cada instante, casi á cada palabra, experimenta la necesidad de detenerse y de hacer una inspiración forzada. Abre la boca y contrae enérgicamente los músculos del cuello y los inspiradores torácicos. Estos movimientos asemejan enteramente á las inspiraciones últimas de los moribundos. Diríase que los músculos inspiradores participan del espasmo tan marcado de los mús-

culos de los miembros. Esta manera de hablar hace que las respuestas del enfermo sean en extremo lentas y que causen ansiedad á las personas que le escuchan.

Poco á poco aparecieron los fenómenos del decúbito. Formáronse escaras en todos los puntos salientes del cuerpo. El enfermo fué agotándose hasta la muerte, que sobrevino en Abril de 1893, después de seis años de sufrimientos.

Desgraciadamente, cuando este presbítero murió, me encontraba enfermo é incapaz de ir al hospital. Sus deudos se opusieron á la autopsia, perdiéndose así la oportunidad de esclarecer en algo la anatomía patológica.

Este trabajo sería interminable si yo quisiera entregarme después de cada observación, á todas las consideraciones que ellas entrañan. Básteme por esta vez señalar el hecho, de que después de algunos fenómenos prodrómicos, tales como debilidad de las piernas, sobresaltos de los tendones, hormigueos, etc., y poco después dificultad de la palabra, sobrevienen de golpe fenómenos cerebrales bien netos, cefalalgia intensa, pérdida del conocimiento, delirio y quizá calentura. Luego cambia el cuadro, queda una parálisis espástica, tal vez más extensa que la de la precedente observación; porque á la parálisis de los cuatro miembros viene á añadirse la disfagia y las perturbaciones de la palabra. La parálisis de los miembros en el caso del Dr. G. ha sido más completa y más duradera que en el presente, puesto que el presbítero recobró en gran parte el movimiento del brazo

izquierdo y que el derecho le permitía escribir, aunque trabajosamente.

Las observaciones que van en seguida, recogidas por mis alumnos de 5º año de Clínica, en el Hospital de San Andrés, son casos en que los enfermos, más felices, recobraron gran parte de sus movimientos. Procuraré abreviar estas observaciones para no salirme de los límites que previene el reglamento.

OBSERVACIÓN III.

Hospital de San Andrés.

José Barragán, de 28 años, constitución vigorosa, entró al Hospital el 1º de Febrero de 1892. Antecedentes hereditarios, negativos: tiene dos hijos enteramente sanos; tuvo otros dos que nacieron muertos. Ha padecido fiebres eruptivas propias á la infancia y también intermitentes. A los 19 años se hizo soldado; un año después tuvo los primeros antecedentes sífilíticos, seguidos de manifestaciones bucales y faringeadas; dolores reumatoides y más tarde exostosis de la clavícula derecha.

En 1888, á la edad de 23 años, siendo ginete en un caballo, cayó de lado y asegura que sin haber recibido golpe en la cabeza permaneció aturdido, pudiendo al cabo de un rato levantarse y montar de nuevo.

Ocho días después de este accidente, tuvo una fuerte disputa con uno de sus camaradas, y durante la noche, en su servicio, tuvo que sufrir los rigores del frío y de la lluvia.

En esta noche experimentó un fuerte dolor en toda la cabeza, que aumentando más y más le obligó á acostarse. En las primeras horas del día siguiente, observó que su pierna derecha estaba muy pesada, agitada por sacudimientos y que poco á poco la paresia invadió el brazo del mismo lado. En seguida el mal ganó la cara, la boca se desvió, los ojos giraron produciendo la diplopia. Al siguiente día, la hemiplegia era completa, perdió la palabra durante algunas horas solamente. Poco tiempo después pudo hablar, pero su palabra quedó lenta y difícil.

En este estado fué llevado al Hospital Militar, en donde permaneció dos meses sometido al tratamiento iodurado. Salió de ahí perfectamente curado.

Abandonó la carrera militar para dedicarse á abastecedor, trabajando así dos años y medio en perfecto estado de salud. Hace siete meses, sin causa conocida, se presentó de nuevo el ataque con los mismos caracteres que la primera vez. Pero entonces permaneció en su casa sin cuidarse y empeoró. La parálisis del lado derecho se hizo más completa y rápidamente la pierna izquierda fué invadida, conservando sí la sensibilidad. Desde el principio, los miembros paralizados fueron atacados de espasmos y rigideces musculares que aparecieron en la parte interna de los muslos y posterior de las piernas. Los únicos síntomas que desaparecieron prontamente, fueron el estrabismo y la desviación de la boca: la palabra permaneció lenta.

En este estado ingresó al Hospital de San Andrés, en la fecha que hemos dicho ya.

Cuando le examinamos tenía la parálisis espástica

bien caracterizada de los dos miembros inferiores y del superior derecho: la parálisis era más marcada en los inferiores. No podía ponerse en pie, porque cuando quería hacerlo, sus piernas se ponían rígidas y temblorosas. El brazo derecho estaba impotente, rígido y en semiflexión; los dedos medio doblados, tenían poco movimiento. No podía tomar un objeto sino con dificultad, y entonces el brazo era atacado de sacudimientos. El alumno que recogió esta observación calificaba estos movimientos de temblor intencional de la esclerosis en placas. Pero después de un examen detenido se pudo demostrar que dichos movimientos no tenían el carácter de este temblor, sino que era más bien la trepidación que se observa en los casos de exageración de los reflejos tendinosos. No me detendré en señalar las contracturas exageradas de los músculos adductores de las extremidades inferiores, ni la posición de éstas, ni tampoco en detallar la exageración de todos los reflejos tendinosos, en cada uno de los miembros afectados. Debo, sin embargo, referir que el brazo izquierdo, aunque un poco débil, gozaba de todos los movimientos, y que era el único miembro útil de este desdichado enfermo.

En todos los miembros enfermos la excitabilidad eléctrica estaba manifiestamente exagerada. Las sensibilidades, táctil, al dolor y á la temperatura, se conservaban íntegras, pero la muscular está algo pervertida. Tenía el individuo conciencia perfecta de la posición de sus miembros, pero había perdido la noción del peso, según pudo comprobarse.

El enfermo permaneció casi un año en el Hospital.