

bién la congestión cerebral, que influía sobre los ganglios de la base y focos de reblandecimiento, ya corticales, ya de los cuerpos opto-estriados.

Apoyadas en datos tan inciertos, las hipótesis patogénicas, son muy discutibles. Aun cuando parezca cierto que la enfermedad de Dubini depende de una lesión de los centros nerviosos, no se puede afirmar si es de origen cerebral, como pretende Grocco, ó cerebro-espinal. ¿Resulta de una mielitis especial con localización y lesiones capaces de determinar convulsiones, ó de una meningo-mielitis? Estos problemas son todavía tan difíciles de resolver, como el saber si no se trata de infección con microbio específico. Jaccoud creyó en algún tiempo que esta afección podía representar una forma particular del tifus cerebro-espinal.

El estudio clínico de la enfermedad de Dubini descansa en observaciones más concluyentes. Su comienzo es las más de las veces brusco y se anuncia por fenómenos dolorosos.

Dolores contusivos, intensos, casi continuos, se extienden por la cabeza, la nuca, y en ocasiones por la región lumbar. Muy en breve van seguidos de sacudidas de los miembros. Estas tienen el carácter de los movimientos de la correa eléctrica, son rápidas, instantáneas, de corta extensión y duración, semejantes á las que producen las conmociones eléctricas. Cuando empiezan (casi siempre por las extremidades superiores, los dedos, la mano y hasta la mitad de la cara), despiertan al propio tiempo sensaciones penosas en las regiones en las cuales aparecen. Localizadas al principio, en un segmento de miembro ó en la cara, no tardan en generalizarse, tan pronto bajo la forma hemipléjica como por la totalidad del cuerpo, no obstante, se extiende lentamente y de tal suerte, que sólo después de algunas semanas ocupa todos los músculos.

Aparte de estas sacudidas que se reproducen casi constantemente con intervalos relativamente rítmicos, existen en el curso de la afección grandes ataques convulsivos sin pérdida de conocimiento. Estos sobrevienen tres, cuatro ó cinco veces en las veinticuatro horas, produciendo después verdaderas paresias de los miembros.

La sensibilidad está poco afectada; se comprueban en ocasiones hiperestesia de los tegumentos, cuyo menor contacto exaspera la intensidad de las convulsiones. No hay trastornos en las reacciones eléctricas de los músculos.

La marcha de la enfermedad es relativamente rápida; las sacudidas aumentan, se generalizan; los accesos convulsivos se hacen casi subintrantes, y á veces apenas se comprueban remisiones de algunos días. La mayor parte de las veces, la afección hace su evolución de un modo progresivo, durando de algunos días á cuatro ó cinco meses, para llegar á un resultado fatal, que, según Bianchi, sobreviene en el 90 por 100 de los casos. La terminación por muerte, va precedida de accesos seguidos de coma. Los movimientos se atenuan, el pulso se hace pequeño, la respiración extertorosa, pudiendo durar la agonía de uno á dos días.

PARALISIS AGITANTE

Por el Dr. LAMY

Doctor en Medicina de la Facultad de París.

Trad. de D. M. TOLOSA LATOUR

Médico del Asilo de Huérfanos del Sagrado Corazón de Jesús, Madrid.

La parálisis agitante es universalmente conocida con el nombre de *enfermedad de Parkinson*, en recuerdo del autor inglés, que fue quien la describió primero (1817).

Después de la Memoria de Parkinson, la enfermedad fue observada varias veces durante la primera mitad del siglo, sobre todo por autores ingleses. G. Séé, haciendo el diagnóstico diferencial con la corea (1851), y Trousseau en sus clínicas, hablan de ella de un modo explícito. Pero los que han contribuído á precisar y vulgarizar las nociones que poseemos hoy día acerca de esta afección, son los trabajos de Charcot (1) y de sus discípulos (Ordenstein, Boucher, Berbez, Béchet, etc.). Claramente separada de las demás enfermedades que van acompañadas de temblores, ha sido bien estudiada, en sus formas frustradas, por la Escuela de la Salpêtrière.

SÍNTOMAS. — La parálisis agitante es una de las enfermedades más características tanto por su completo desarrollo, como en su forma típica. El individuo que por lo general ha pasado ya de los cuarenta años, llama la atención, no sólo por su *temblor*, sino por su manera de *andar* y el aspecto de su *actitud*.

Con la cabeza muy inclinada hacia adelante, la espalda encorvada, los miembros superiores en semiflexión, los codos ligeramente separados del cuerpo y las manos reunidas al nivel de la cintura (fig. 68), el parkinsoniano

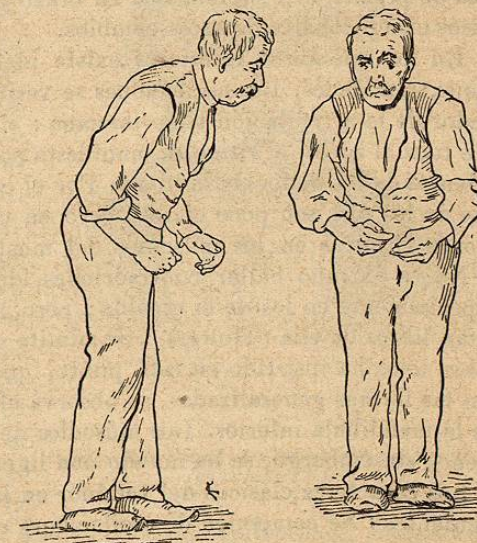


Fig. 68 (según Gowers). — Actitud general del cuerpo durante la progresión.

(1) Charcot, *Maladies du système nerveux. Œuvres complètes*, 1.

avanza á pasitos cortos y precipitados, en tanto que sus manos y sus dedos están agitados por un temblor rítmico incesante. Si le llaman por detrás, en lugar de volver la cabeza, da la vuelta con todo el cuerpo lentamente. Los ojos, fijos y brillantes, la expresión de la fisionomía inmóvil, el enfermo presenta un aire de asombro ó de estúpido, que muchas veces va acompañado de cierta angustia. Se sienta poco á poco, como con cuidado, en el borde de la silla que se le presenta, siempre con el tronco inclinado hacia adelante, con las manos descansando en las rodillas y constantemente en movimiento. Este cuadro de conjunto, merece que le analicemos en detalle.

a) El *temblor*, primer síntoma que llama la atención, puede afectar las cuatro extremidades; pero es más notable en los miembros superiores, y, sobre todo en las manos y en los dedos, donde es característico. Los dedos ejecutan pequeñas oscilaciones, debidas á las contracciones rítmicas de los músculos de la mano. Tan pronto se mueven todos á la vez alrededor de sus articulaciones metacarpiano-falángicas, pudiéndose comparar este movimiento al de los tamborileros, como el temblor se halla limitado al pulgar y al índice, cual si desmigajaran pan ó hicieran una pelotilla, etcétera. No es raro que toda la mano ejecute, con el mismo ritmo, movimientos de oscilación alrededor de la muñeca, en el sentido de la flexión, de la adducción y hasta movimientos alternados de pronación y supinación. El brazo y el hombro no participan más que en casos excepcionales de estos cambios.

En los miembros inferiores existe idéntico predominio del temblor hacia las extremidades. Las oscilaciones se verifican, en este caso sobre todo, alrededor de la articulación tibio-tarsiana: si el sujeto está sentado, la punta del pie toca al suelo, el ritmo se manifiesta por un taconeo isócrono con los movimientos de los dedos de la mano. Por el contrario, los movimientos de los dedos de los pies son poco claros; pero en cambio se pueden observar contracciones rítmicas en los músculos del muslo (flexores, aductores).

No es extraño hallar contracciones idénticas en los músculos del tronco, especialmente en los de la espalda; pero los músculos del vientre parece que están libres de ella (Gowers). Se admite como regla casi absoluta, y Charcot sobre todo ha insistido en este punto, que la cabeza no tiembla por sí sola. En las formas generalizadas, se observa el temblor del labio inferior, y hasta de la mandíbula inferior. Los músculos de la cara no participan de este fenómeno; sin embargo, se ha notado una ligera vibración de los párpados.

Los caracteres clásicos del temblor en la enfermedad de Parkinson, son los siguientes: Se componen de oscilaciones regulares de escasa amplitud, que se producen, por término medio, de cuatro á ocho por segundo. Pertenecen en este caso á la categoría de temblores *lentos*. Por lo regular, las oscilaciones son tanto más rápidas, cuanto más limitadas son. Al principio, cuando aparece el temblor, es tan ligero que precisa la mayor atención para reconocer su existencia; entonces es, por lo general, más rápido que en lo sucesivo.

Tiene, además, una particularidad de la mayor importancia, que no había pasado inadvertida á Parkinson, y es que se producen, sobre todo, *durante el descanso*, lo cual se comprueba fácilmente examinando al enfermo cuando está sentado, con las manos apoyadas en las rodillas. En los movimientos voluntarios, se atenúa hasta el extremo de desaparecer, por lo menos al princi-

piar el movimiento. Pero se presenta de nuevo muy pronto durante la contracción muscular. No es raro, sin embargo, que un esfuerzo enérgico de la voluntad llegue á hacer que cese por completo durante algún tiempo.

Todos estos caracteres se ponen de relieve durante la escritura de los enfermos. Las letras son por lo regular finas, y están trazadas con regularidad en su conjunto, pero la escritura es *temblona*, el trazado está formado por finísimos zig-zags, visibles solamente con una lente de aumento, demostrándose el temblor de los dedos, contenido por un esfuerzo de la voluntad. Durante el sueño es de rigor que desaparezca todo temblor.

b) La *rigidez muscular* es constante en las partes afectadas de temblor, y Charcot daba la preeminencia á este síntoma sobre todos los demás. Existe hasta en los músculos que no tiemblan, por ejemplo, en los del cuello. Las *actitudes* que resultan de este fenómeno, son las de la *semiflexión*, lo mismo en el tronco que en las extremidades. La colocación de los dedos de la mano, en particular, es característica; los cuatro últimos están reunidos y en flexión sobre sus metacarpianos, sus dos últimas falanges en extensión (actitud de los interóseos), el pulgar en extensión y apoyado sobre el lado externo del índice en la postura de la mano que coge una pluma de escribir. Se nota á menudo la desviación en masa de todos los dedos hacia el borde cubital, como en el reumatismo crónico. Otras veces, los dedos presentan en sus articulaciones una serie de flexiones y extensiones, que recuerdan ciertos tipos del reumatismo deformante (Charcot).

Por invariables que parezcan estas actitudes en el mismo sujeto, no por eso son menos fáciles de modificar. Se trata de una moderada rigidez que difiere por sus caracteres clínicos de la contractura espasmódica permanente.

En efecto, no va acompañada de la exaltación de los reflejos tendinosos. La trepidación epileptoide, inseparable de la contractura verdadera del miembro inferior, no es posible que se provoque en este caso, aun cuando los enfermos presenten espontáneamente un temblor en el pie que recuerde mucho las contracciones clónicas.

La *facies parkinsoniana* no es más que una consecuencia de la rigidez de los músculos de la cara. Unas veces, es una máscara inexpresiva; otras, la contracción, que predomina en determinados músculos, da á esa máscara una expresión constante de asombro ó de espanto (fig. 69). La frente está fruncida transversalmente, marcadas las cejas, los ojos desencajados (Charcot). Por esta causa ha podido decirse que la enfermedad de Parkinson era como un «miedo petrificado» (Potain). No hay duda que la fijeza asombrosa de la mi-



Fig. 69.—Facies parkinsoniana (según Richter, en la tesis Béchet).

rada y el brillo de los ojos, son debidos á un estado análogo de los músculos oculares. De igual modo pueden interpretarse la dificultad de los movimientos de asociación de los ojos y de la acomodación, indicados por Kœnig (1).

A la rigidez del sistema muscular, pueden achacarse ciertas particularidades de los *movimientos voluntarios* y de la *progresión*. Estos enfermos economizan la gesticulación, parece como que no andan ni ejecutan el menor acto, sino á disgusto. Además, todos sus movimientos se efectúan con una *lentitud* notable, y si no con torpeza, por lo menos con evidente dificultad. Los comienzos del acto voluntario, «el primer empuje» sobre todo, es difícil. Los enfermos tienen sus articulaciones como «soldadas». Iguales caracteres presenta la palabra. La voz es lenta, monótona, en la cual, lo mismo que sucede con el rostro, no se nota la influencia de las emociones internas; á veces la palabra es ligeramente entrecortada, cuando el cuerpo está agitado por sacudimientos activos.

La *progresión* ha llamado la atención de todos los observadores. «Si el enfermo quiere avanzar, dice Parkinson, se apoya en la parte anterior de los pies y en los dedos, y con el temor de caer á cada paso hacia adelante, se ve obligado á adoptar el paso propio de la carrera». Trousseau decía, que parecía que los enfermos «corrían en pos de su centro de gravedad». Esta tendencia de caer hacia adelante ó *propulsión*, no existe en grado máximo, más que en los casos avanzados. En grado menor, hay exclusivamente una tendencia á la aceleración, *festinación*. No puede considerarse la propulsión como una consecuencia de la inclinación del cuerpo hacia adelante, porque esta actitud coincide á veces con la *retropulsión* ó la *lateropulsión*, que se pone de relieve empujando ligeramente al enfermo ó tirando de él hacia nosotros, cogiéndole por la ropa.

c) La *parálisis* está muy lejos de tener, en este caso, la importancia de los dos síntomas precedentes (Charcot). Realmente la impotencia muscular es más bien debida á la rigidez que á una parálisis, propiamente dicha. Se ve que los enfermos presentan una fuerza dinamométrica normal. En la mayoría de los enfermos, los movimientos son relativamente débiles. Solo en un estadio avanzado puede existir una paresia muy acentuada. Sin embargo, nunca hay completa parálisis.

d) La *sensibilidad* cutánea permanece intacta, pero los trastornos subjetivos son muy frecuentes, bien en forma de dolores reumatoides ó neuralgiformes en los miembros, sensaciones de cansancio, ó mejor aún *sensaciones de calor*, muy penosas, que se presentan á menudo por crisis seguidas de sudor durante la noche, las cuales obligan á los enfermos á destaparse, hasta en pleno invierno (Charcot). Estas se transforman á veces en sensaciones de frío intenso (Gowers). Se observa muy á menudo una necesidad constante de cambiar de sitio.

En cuanto á los demás síntomas, son accidentales é inconstantes. Los *trastornos tróficos* faltan por lo general. A pesar de su actividad permanente, los músculos no se hipertrofian. La atrofia falta, salvo en el último período de la enfermedad, en el cual Charcot ha comprobado una atrofia grasienta. En casos muy antiguos, las actitudes viciosas de los dedos, en particular, pueden

(1) *Société de Biologie*, 27 Mayo 1893.

ser permanentes por la retracción muscular. Por último, la *excitabilidad eléctrica* de los nervios y músculos es normal.

El análisis de las orinas no ha dado resultados constantes. Regnard encontró una disminución de la urea en los sulfatos. Cheron (1877), comprobó un aumento notable de los fosfatos, que S. Léger (1879) y Leva (1891) no han encontrado.

A pesar de su inercia y aparente indiferencia, los enfermos están perfectamente enterados de cuanto en su derredor sucede; su memoria es buena, no se nota más que cierta lentitud en las ideas, una tendencia á la tristeza muy explicable. Ball (1) y después de él Parant y Roger, han considerado la existencia de *trastornos psíquicos* como un fenómeno muy frecuente en el decurso de la enfermedad de Parkinson. Estos se manifiestan de un modo intermitente, coincidiendo con las recrudescencias de la enfermedad, siempre bajo la *forma depresiva*: lipemania con impulsos suicidas ó bien trastornos transitorios de demencia y semi-estupor.

Los *vértigos*, los ataques *apoplectiformes* y *epileptiformes*, estudiados por Martha (Tesis de París 1888) en la enfermedad de Parkinson, son accidentes de una gran rareza, y cuya relación directa con esta afección exige que recaiga en mayor número de hechos.

La *PROGRESIÓN* es esencialmente *crónica* y *progresiva*. Pero hay casos en que el comienzo se efectúa bruscamente, por ejemplo, á consecuencia de una emoción violenta. Muchos hechos de este género se presentaron durante el sitio de París. En las dos terceras partes de los casos se presenta primeramente el temblor, transitorio en un principio y debido al cansancio ó la excitación y luego permanente. La rigidez y la paresia aparecen después ó viceversa. Según Gowers, el orden de invasión más frecuente es el siguiente: en primer lugar, el brazo y después la pierna del mismo lado, entonces el enfermo está hemipléjico; por último, la pierna del lado opuesto se afecta generalizándose el temblor en un tiempo que varía, por término medio, entre algunos meses y tres ó cuatro años. Pero el temblor puede también empezar por una pierna.

La duración suele ser muy larga: diez, quince, hasta treinta años, porque la enfermedad no amenaza directamente la vida. Sin embargo, en un período avanzado, la exageración de la debilidad muscular obliga á los enfermos á guardar cama. Se extenuan y mueren de una enfermedad intercurrente, por lo regular, una pneumonía. En los últimos tiempos de la vida, los músculos enflaquecen presentándose escaras en el sacro.

Variedades clínicas. — Se han descrito *formas localizadas*, cuando los síntomas no interesan más que un miembro (*monoplegia*), un sólo lado del cuerpo (*hemiplegia*). Corresponden á estadios evolutivos, generalizándose tarde ó temprano; á veces la invasión se efectúa de modo irregular, de suerte que en un momento dado el miembro superior está afectado en un lado y el miembro inferior en el opuesto. En otras ocasiones, los síntomas comienzan por el principio del miembro, por ejemplo, por el hombro, en vez de aparecer en la extremidad como es lo regular. Se observan también *formas frustradas* ó *irregu-*

(1) *Congrès de Londres*, 1881. *Encéphale* 1882, II, 22.