

TRATAMIENTO.—Las medicaciones más diversas se han empleado sin éxito. El método revulsivo es el que parece más lógico. En cuanto á la electrización de los músculos, es posible que sea más bien perjudicial que útil.

Esclerosis en placas.

HISTORIA.—Las placas de esclerosis han sido conocidas por cierto número de anatómo-patólogos y dibujadas en sus Tratados (Cruveilhier, Carswell, Rokitansky, etc.); pero la esclerosis en placas debe su existencia á la descripción que de ella hicieron Charcot y Vulpian en 1866. En efecto, las observaciones de esta enfermedad, que habían sido publicadas antes de los trabajos de Charcot y Vulpian habían quedado aisladas, y sus autores (Turck, Frerichs, Rindfleisch, Leyden, etc.) no llegaron á constituir una entidad morbosa con esos datos. Este fue el gran mérito de ambos médicos franceses. Sus discípulos aportaron importantes materiales para su obra (Ordenstein, 1867, Bourneville y Guérard, 1869, Lionville, Magnan, Joffroy). En el extranjero se siguieron estos estudios, y pueden citarse entre otros muchos los trabajos de Schüle, de Leube, d'Ebstein, de Buchwald, de Westphal, de Jolly, de Moxon, etc. Desde entonces, Charcot en repetidas ocasiones ha esclarecido de nuevo diferentes extremos relativos á esta enfermedad, y entre las tesis que ha inspirado, conviene citar las de Boucliy y la de Babinsky. En Alemania Uhtoff, Oppenheim y Freund, han contribuído también á completar la descripción clínica de la esclerosis en placas.

SÍNTOMAS.—Por lo general se los divide en síntomas *espinales, centrales y bulbares*.

I.—SÍNTOMAS ESPINALES

A) *Motilidad*.—Son frecuentes los trastornos de la locomoción y presentan caracteres especiales. Pueden ser de aspecto francamente *espasmódico*, y en este caso se observa una manera de andar más ó menos análoga á la que se presenta en la tabes dorsal espasmódica, es decir, que las piernas están aproximadas, los pies dirigidos hacia adentro; cuando el enfermo anda, experimenta un gran trabajo en levantar los pies del suelo, que roza mucho con su punta, de lo que resulta un ruido característico al andar. Además, se observa á menudo en estos enfermos una considerable exageración de los reflejos tendinosos y clonus del pie. Tal es la manera de andar denominada *espasmódica*, que es una de las más comunes.

En cuanto á la manera de andar, *cerebelosa* pura, propiamente dicha, se la observa con menor frecuencia; consiste sobre todo en que los enfermos experimentan una especie de vacilación más ó menos análoga á la que aparece en el curso de las enfermedades del oído medio ó interno y, mejor aún, en las afecciones del cerebelo, por lo que se la ha dado el nombre de progresión *cerebelosa*. Los sujetos en que ésta se presenta, experimentan una incertidumbre particular cuando quieren andar y á veces hasta para sostenerse en pie; con

sus piernas separadas, avanzan dando pequeños pasos pesadamente, como un niño que aprende á andar, ó más bien como un hombre ébrio, haciendo zis-zas á derecha y á izquierda, experimentando muchas veces una considerable dificultad para volverse de pronto, viéndose obligados en ocasiones, para realizarlo así, á mover los pies en el mismo sitio. En esta clase de enfermos no están exagerados los reflejos rotulianos, quizá más bien están disminuídos.

La progresión de forma *cerebelo-espasmódica*, es incontestablemente la más común de todas; ha sido descrita en particular por Charcot. Se observa en ella una mezcla de los distintos caracteres de la progresión espasmódica y de la cerebelosa. Lo mismo que en la primera de éstas, existe la exageración de los reflejos rotulianos, el clonus del pie y más ó menos marcada rigidez de las piernas, sobre todo, en el sentido de la extensión; además se encuentran los elementos de la segunda forma, es decir, la incertidumbre al mantenerse en pie, la vacilación, la tendencia á hacer zis-zas á uno y otro lado del eje de la dirección. Sin ser en absoluto exclusiva de la esclerosis en placas, la progresión cerebelo-espasmódica es bastante característica de esta afección.

Tan pronunciada es á veces la paraplegia espasmódica, que los enfermos se encuentran imposibilitados de andar; entonces en sus miembros inferiores se observa una considerable rigidez, análoga á la que se presenta en algunos casos de mielitis transversa.

En cuanto á los miembros superiores, rara vez son invadidos en igual grado, su contractura es poco frecuente, los fenómenos espasmódicos que en ellos se presentan consisten sobre todo en la exageración de los reflejos tendinosos.

Por más que en general la parálisis propiamente dicha no forme parte del cuadro sintomático de la esclerosis en placas, es bastante común (tres veces en 13 casos) ver aparecer una hemiplegia. Este accidente ha sido estudiado en particular por Babinsky y por Blanche Edwards. Se verá además, cuando tratemos del diagnóstico, que es conveniente no considerar como orgánicas todas las hemiplegias que se presentan en los individuos que sufren la esclerosis en placas; en efecto, estas pueden reconocer por causa el histerismo, siendo estas dos variedades muy difíciles de distinguir entre sí. Parece, en efecto, que la hemiplegia orgánica presenta en esta enfermedad, como la hemiplegia histérica, una tendencia á ser transitoria. En cuanto á los caracteres objetivos de este síntoma son muy difíciles de indicar, á causa de la misma confusión que se ha hecho entre estas dos variedades, hasta tal punto, que la mayor parte de las observaciones que datan ya de algunos años, en las que se encuentra la hemiplegia en el curso de la esclerosis en placas, no pueden utilizarse, por la ignorancia en que nos encontramos de la naturaleza de esta hemiplegia. Según Blanche Edwards, aparece de ordinario la hemiplegia en la esclerosis en placas después de un ataque apoplético y no es raro verla ceder y reaparecer varias veces en el mismo lado ó alternativamente en ambos; á veces va acompañada de parálisis facial (nueva confusión posible con el hemi-espasmo glosolabiado del histerismo); en cierto número de casos se ha observado la concomitancia de la afasia.

Pero estos son fenómenos que no constituyen una parte integrante del cuadro

sintomático de la enfermedad de que nos ocupamos; por el contrario, el temblor puede figurar como uno de los más patognomónicos de esta afección.

El temblor de la esclerosis en placas, tiene como particular carácter el ser *intencional* y de un miembro entero.

Es *intencional*, es decir, que no se presenta nunca cuando el cuerpo está en reposo, apareciendo tan sólo al ejecutarse movimientos voluntarios. Este es su carácter, sobre el cual Charcot ha llamado la atención muy especialmente. Este temblor no sólo aparece cuando el enfermo intenta coger algo ó llevarlo á su boca, sino además en los casos muy acentuados, cuando no está suficientemente aplomado en la cama ó en su asiento, y por tanto se ve obligado á hacer algún esfuerzo para mantener su equilibrio; en una palabra, es un temblor íntimamente ligado á la actividad muscular, cualquiera que sea el objeto de ésta, ya que el enfermo quiera moverse ó conservar su actitud.

Es de un miembro entero, es decir, que un miembro, el tronco, la cabeza, sea en conjunto ó separadamente, obedecen á sus oscilaciones. Es, por lo tanto,

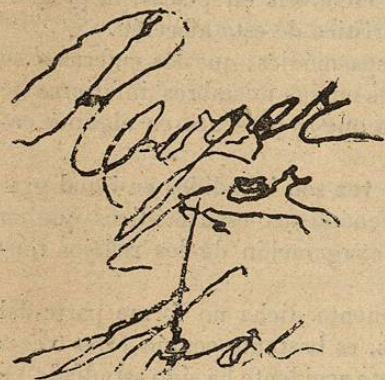


Fig. 76. — Forma de letra de un enfermo afectado de esclerosis en placas (clínica de Charcot).

todo lo contrario que lo que caracteriza la mayor parte de otros temblores que pudieran calificarse de «segmentarios» porque, en realidad, no afectan más que una pequeña porción de un miembro (mano, dedos). Además, el temblor de la esclerosis en placas tiene, sobre todo, su punto de partida en la raíz de los miembros, al paso que la mayor parte de los restantes temblores afectan de preferencia la periferia.

Este temblor no está sólo localizado en los miembros; se le observa también en el tronco y en la cabeza, ya al hacer movimientos con el cuerpo (por ejemplo, para pasar de la posición horizontal á estar sentado) ó ya al hacerlos con los miembros, y

sobre todo cuando los enfermos mueven la cabeza.

Así es, que si se ordena al enfermo que lleve un vaso á sus labios, se observa que se presentan en la cabeza oscilaciones antero-posteriores rápidas y violentas, que tan pronto acercan como alejan su boca de la mano con que sostiene el vaso. Otro tanto sucede cuando se le ordena que ande; se ve muchas veces que en la cabeza y parte superior del tronco, aparecen tales movimientos oscilatorios que por sí solos bastan para hacer imposible la progresión, aun cuando las piernas funcionen convenientemente (progresión vacilante de Oppenheim).

Es poco verosímil que, según se indica en ciertas observaciones, el temblor de la esclerosis en placas, cuando es bastante pronunciado, pueda ser en absoluto unilateral; es posible que en la mayor parte de los casos se trataba de un temblor histérico, que no fue bien diagnosticado. Lo que sí resulta cierto, es que á veces el temblor está más acentuado en una mano que en la otra.

Diferentes circunstancias obran sobre la producción ó la intensidad de este temblor. Ya se ha visto que lo provocan los movimientos voluntarios, y sobre

todo los movimientos intencionales, especialmente dirigidos á un objeto particular. La extensión del movimiento que se pretende ejecutar aumenta de un modo considerable la amplitud del temblor; la atención, las emociones, obran del mismo modo. Por eso, es preciso, cuando se busca la existencia de este síntoma en los casos dudosos, usar la estratagema de decir al enfermo que lleve un vaso á su boca. Se tiene cuidado de colocar el vaso bastante lejos para que el enfermo tenga necesidad de extender su brazo para cogerlo, y para que de este modo tenga que ejecutar un extenso movimiento; si además se ha llenado el vaso de agua, el temor de derramarla que aquél experimenta, exagerará notablemente la intensidad del temblor (Charcot).

B) Sensibilidad.—a) *Trastornos de la sensibilidad general*.—Estos trastornos fueron puestos de manifiesto en algunas observaciones antiguas, pero en vista de su escasez y de la falta de todo carácter especial se admitió que no forman parte del cuadro clínico de la esclerosis en placas, y que, en esta afección, la sensibilidad general pudiera considerarse como intacta, al menos en principio.

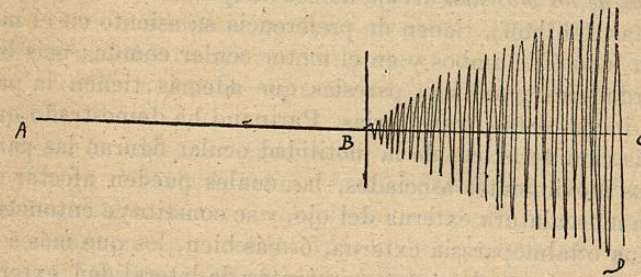


Fig. 77. — Esquema del temblor, en la esclerosis en placas (según Charcot). Se ve que durante el reposo, línea AB, no hay absolutamente ninguna oscilación. Pero desde el momento en que el enfermo empieza á hacer un movimiento, en B, el temblor aparece y se exagera durante todo el tiempo en que aquel se ejecuta. (B. C).

Recientemente, Freund, de Breslau (1), á consecuencia de un minucioso examen de numerosos casos de esclerosis en placas, ha llegado á conclusiones distintas: según él, los trastornos de la sensibilidad general existen en realidad con mucha frecuencia, y si se les observa tan pocas veces, es porque son ligeros, transitorios y variables.

Entre los trastornos subjetivos, Freund cita los hormigueos, adormecimientos, sensaciones anómalas de frío y de calor, á veces verdaderos dolores difusos ó fulgurantes, ó alrededor de la cintura, pudiendo por consiguiente simular de un modo más ó menos completo los de la tabes.

En cuanto á los trastornos objetivos, consisten sobre todo en alteraciones del tacto, de la sensación de presión, de la sensibilidad térmica, del sentido muscular, estos últimos escasos. Muy á menudo también, se observa analgesia, hipalgesia, hiperalgesia, lo que se comprueba dando un pinchazo.

Se tratará más adelante, cuando nos ocupemos de la coincidencia del histerismo con la esclerosis en placas, de los casos en que existe hemianestesia; es posible, por otra parte, que cierto número de los trastornos objetivos ó subjetivos antedichos estén en relación más ó menos directa con el histerismo.

(1) C. S. Freund. Ueber das Vorkommen von Sensibilitätsstörungen bei multipler Herdsklerose. Arch. f. Psych., XXII.

b) *Sensibilidad especial* (1). — Relacionados con los sentidos del *gusto* y del *olfato*, se han observado algunas veces trastornos más ó menos acentuados, pero parecen que son escasos y de todos modos, poco conocidos.

Por el contrario, los trastornos de la *visión* se cuentan entre los más frecuentes y mejor estudiados (Gnauck, Parinaud, Uhthoff).

Casi todas las partes del órgano de la visión pueden estar afectadas: músculos externos del ojo, pupila, papila, etc.

Bajo el aspecto del diagnóstico, el *nistagmus* ocupa un lugar por completo preferente. Casi siempre es horizontal, y solo por excepción puede observarse en el sentido vertical (Uhthoff). Tan pronto es por completo espontáneo y permanente, como no aparece sino por los movimientos extremos del ojo, cuando la mirada está en una dirección forzada; de aquí la necesidad de que cuando se quiera investigar la existencia del nistagmus ó de las contracciones nistagniformes, convenga que el enfermo dirija el globo ocular por completo ya á la parte interna, ya á la externa.

Las *parálisis de los músculos del ojo* no son muy raras en la esclerosis en placas (17 por 100, Uhthoff), tienen de preferencia su asiento en el motor ocular externo de un lado ó de ambos y en el motor ocular común; más bien son paresias que verdaderas parálisis; paresias que además tienen la propiedad de ser parciales, incompletas, transitorias. Parinaud ha demostrado que entre los trastornos más característicos de la motilidad ocular figuran las parálisis ó las paresias de los movimientos asociados, las cuales pueden afectar simultáneamente toda la musculatura externa del ojo, y se constituye entonces una oftalmoplegia ó una oftalmoparesia externa, ó más bien, los que más á menudo están afectados son sobre todo, los movimientos de lateralidad externa. Bajo el aspecto funcional, estas paresias dan origen á la diplopia que, como ellas, es de ordinario transitoria, y aparece cuando la dirección de la mirada exige un esfuerzo de los músculos que están parésicos.

En cuanto á la *pupila*, sus movimientos distan mucho de ser regulares; unas veces se observa desigualdad entre ambas pupilas, otras una disminución de la reacción para la convergencia ó por la acción de la luz; por el contrario, otras veces el reflejo por la acción de la luz existe de un modo anormalmente intenso, aun cuando halla miosis (Parinaud).

Hasta la misma *papila* puede estar afectada de un modo más ó menos grave. Según Parinaud, los desórdenes funcionales que se observan en la visión consisten en una disminución lenta y progresiva de la agudeza visual en ambos ojos, con integridad del campo visual, pero con algo de discromatopsia del rojo y del verde, ó en una completa ceguera, por lo común transitoria y seguida de una notable mejoría. En esta forma, el campo visual está de ordinario alterado. Finalmente, en otros casos los desórdenes de la visión son permanentes, y hay una estrechez irregular del campo visual, sin discromatopsia.

Las *modificaciones del campo visual* en el curso de la esclerosis en placas, no dejan de ser frecuentes. Uhthoff describe sus cuatro variedades principales:

A) Escotoma central con conservación de la periferia del campo visual;

(1) Aun cuando no corresponden á los síntomas espinales, mencionaremos ahora los trastornos de la sensibilidad especial, para no interrumpir la descripción de los trastornos de la sensibilidad en la esclerosis en placas.

B) Escotoma central con estrechez concomitante de la periferia del campo visual;

C) Estrechez periférica del campo visual que es irregular, con visión central relativamente intacta;

D) Estrechez concéntrica regular, análoga á la de las histéricas. (Es la variedad menos común; una vez en 24 observaciones).

Además de la frecuencia de la estrechez del campo visual, conviene recordar la de la *discromatopsia* (1). Añadiéndose al precedente, este fenómeno contribuye á robustecer las analogías que existen en los trastornos visuales en la esclerosis en placas y en el *histerismo*. Sin embargo, según Charcot, esa discromatopsia tiene caracteres distintos en cada una de ambas afecciones: en la esclerosis en placas es sobre todo una discromatopsia en la que, como en la de la *tabes*, el azul y el amarillo son los colores mejor definidos, mientras que en la del *histerismo* lo es el rojo.

Otro carácter de los trastornos visuales en la esclerosis en placas es el de ser de ordinario *unilaterales*, ó por lo menos *asimétricos*, cuando son bilaterales.

Su principio es en ocasiones repentino, en otras progresivo; en algunos casos los trastornos visuales constituyen la primera manifestación de la esclerosis en placas; en otros no aparecen hasta que ésta ha llegado á un período más ó menos avanzado.

Se puede, además, objetivamente observar en la *papila* alteraciones muy manifestadas, y según Uhthoff, unas veces está del todo atrofiada y descolorida; otras, su decoloración es incompleta é invade en particular su parte externa; en ocasiones son las partes externas las que están más descoloridas, conservando la parte interna su coloración normal; finalmente, en otras es una verdadera neuritis óptica con hiperemia, aspecto sucio y proeminencia de la papila, los vasos borrosos y dilatados, etc. Charcot, en el curso de sus estudios sobre la esclerosis en placas, había llamado especialmente la atención sobre la existencia de esta atrofia de la papila.

Estas alteraciones del fondo del ojo son frecuentes (52 por 100 de los casos) (Uhthoff).

C) *Trastornos viscerales*. — Es raro que adquieran un grado pronunciado; sin embargo, se comprende que cuando las placas de esclerosis son bastante extensas y avanzan mucho sobre la substancia gris de la médula, pueden dar origen á diversos trastornos gástricos ó genito-urinarios.

Entre éstos se puede citar la *incontinencia* ó la *retención de orina* y de las *heces*, la *impotencia* y hasta *crisis gástricas* más ó menos semejantes á las de la *tabes*.

Oppenheim (2) aprecia como frecuentes estos trastornos, en contra de la opinión generalmente admitida. Su discípulo Kahleyss (3) llega á considerarlos como formando parte de la sintomatología ordinaria de la esclerosis en pla-

(1) Buzzard ha insistido de un modo especial en la analogía de los trastornos de la papila y del campo visual, comparativamente entre la esclerosis en placas y el *histerismo*; cree que en cierto número de casos que se han considerado como si perteneciesen al *histerismo* han sido en realidad de esclerosis en placas que pasó inadvertida.

(2) Oppenheim, *Charité Annalen*, 1888.

(3) Kahleyss, Ueber das Verhalten der Blasen und Mastdarmfunktion bei der disseminirten Sklerose. Inaugural Dissertation, Berlin, 1890.

cas. Según él, aparecen no sólo en el período terminal, sino también durante el curso de la afección. Afirma que sería raro encontrar un caso en el que hayan faltado por completo durante todo el curso de la enfermedad.

D) Trastornos tróficos. — Aunque con menos frecuencia que los viscerales, se observan trastornos tróficos en la esclerosis en placas; á pesar de esta menor frecuencia, en algunas observaciones se han podido comprobar los siguientes:

Alteraciones de las uñas, análogas á las que se observan en algunos tabéticos (Domecq-Turon);

Escaras en los glúteos, que en general aparecen en el período terminal;

La *amiotrofia*, que afecta mayor ó menor número de músculos, sobre todo los de la mano, y especialmente los interoseos, en ocasiones tan generalizada que simula la esclerosis lateral amiotrófica (Pitres, Dejerine, Skolosubow).

II. — SÍNTOMAS BULBARES

Entre los síntomas que componen esta categoría se han descrito:

Trastornos de la masticación y de la deglución, fenómenos que son bastante escasos.

Temblores de la lengua, que presenta modalidades diferentes: unas veces es un verdadero temblor fibrilar (no es seguro que se trate entonces de casos típicos de esclerosis en placas); en otras ocasiones son más bien sacudidas irregulares en los movimientos intencionales de la lengua ó dificultad para mantenerla fuera de la boca.

La *glicosuria* ha sido observada en muchas ocasiones, se atribuye de ordinario (Richardière, Blanche, Edwards) á la existencia de placas de esclerosis que tengan su asiento en el cuarto ventrículo, en la región en la que una punción determina la presencia del azúcar en la orina.

La poliuria que se observa algunas veces, parece que proviene de una causa análoga.

III. — SÍNTOMAS CEREBRALES

Los *trastornos de la palabra* constituyen uno de los síntomas más característicos de la esclerosis en placas, tanto por su frecuencia en esta enfermedad, como por su aspecto verdaderamente singular.

Lo que distingue á estos trastornos de la palabra, es que la voz, por decirlo así, es *espasmódica* en estos enfermos; durante la emisión de la palabra, todos los músculos del aparato faringo-laríngeo permanecen en un estado de intensa contracción: de aquí, el timbre especial que adquiere la voz, como si el enfermo se viese obligado á hacer un esfuerzo muy violento, para hablar.

A causa de esta persistencia del esfuerzo, la palabra presenta además una monotonía extrema, y como cada sílaba necesita, por decirlo así, un nuevo esfuerzo por parte del enfermo, aquella es entrecortada. *Espasmódica, monóto-*

na y entrecortada, tales son los tres principales caracteres con que se distingue la palabra de los individuos que padecen de esclerosis en placas.

Algunos autores (von Krzewicki (1), Collet (2)), han observado además en estos enfermos un *temblor de las cuerdas vocales*, que presenta la mayor analogía con el temblor intencional de los miembros.

Los *trastornos intelectuales* ¿forman parte integrante del cuadro clínico de la esclerosis en placas? La respuesta es parecida á la que pudiera darse respecto de los trastornos sensitivos y viscerales. Si por trastornos intelectuales se entiende tan sólo la enajenación mental ó estados patológicos semejantes, es cierto que no son frecuentes en la esclerosis en placas; si por el contrario, en aquella calificación se incluyen todas las modificaciones por ligeras que sean, que se presenten en el estado mental, se puede afirmar que en estos enfermos son comunes los trastornos intelectuales.

Entre ellos debe especialmente citarse una *debilidad intelectual* más ó menos acentuada, que á veces llega hasta á dar á los enfermos una expresión de entontecimiento y de infantilismo; en algunos casos se vuelven apáticos, indiferentes y hasta melancólicos. No es siempre conveniente, sin embargo, atenderse al aspecto de los enfermos para apreciar su estado mental. Tanto es así, que no presentando en realidad algunos, más que ligeros trastornos intelectuales, sin embargo, sufren accesos de *risa involuntaria* capaces de hacer suponer que sus funciones psíquicas se hallan debilitadas en extremo.

Esta risa es verdaderamente espasmódica é imposible al enfermo moderarla, durando á veces algunos minutos. Oppenheim ha visto ser aquella tan intensa y tan prolongada, que provocaba la cianosis de la cara é inspiraba temores de asfixia. En ocasiones, pero menos frecuentemente que la risa, se observan *llantos* que aparecen sin motivo que los explique.

Es dudoso que sean siempre casos de esclerosis en placas aquellos en que se presentan trastornos muy marcados de la inteligencia, como el delirio de grandezas ó hasta la demencia completa; estos fenómenos aparecen, en efecto, en el curso de otras formas de esclerosis diseminada, pero de distinta naturaleza que la esclerosis en placa típica.

Entre los trastornos intelectuales debe también mencionarse el *vértigo* que, en algunos individuos, hace extremadamente difícil la progresión; es un vértigo de origen cerebeloso, que es muy verosímil dependa de la existencia de placas en el cerebelo. En cuanto al vértigo de Menière (vértigo auricular), mencionado en algunas observaciones, es raro.

Finalmente, algunas veces se observan, en el curso de la esclerosis en placas, ataques *apoplectiformes* ó *epileptiformes*; los primeros son sin comparación más frecuentes (Charcot); con prodromos ó sin ellos, pérdida de conocimiento que puede llegar con más ó menos rapidez á ser un verdadero coma; el pulso es frecuente, la temperatura se eleva á 39°, 40° y hasta 41°; el mayor número de veces este ataque apoplectiforme va acompañado de hemiplegia, que persiste después que el ataque apoplético ha desaparecido (en general, en uno ó

(1) Von Krzewicki, Ein Fall von multipler Sklerose des Gehirns und Rmarks mit Intentionstremor der Stimmbänder. *Deutsche med. Wochenschr.*, 24 Marzo 1892.

(2) Collet, Le tremblement des cordes vocales et les troubles de la phonation dans la sclérose en plaques. *Annales des maladies du larynx*, Febrero 1892.