

ETIOLOGÍA. — *Naturaleza.* — No debe sorprender que, siendo tan inciertas la sintomatología y la anatomía patológica de las esclerosis combinadas, las nociones sobre su etiología y su naturaleza no estén mejor definidas. Sin embargo, si se tiene en cuenta lo frecuente de esta lesión medular en la parálisis general, que, como es sabido, es de origen sífilítico en la mayor parte de los casos, naturalmente se siente uno inclinado á admitir que la sífilis debe desempeñar un papel importante en la etiología de algunas esclerosis combinadas. ¿ Sucede lo mismo respecto de otras infecciones? En el estado actual de la ciencia no puede afirmarse, pero es una suposición muy verosímil.

Por otra parte, las intoxicaciones parece que tienen la facultad de producir las lesiones de la esclerosis combinada; por lo menos, así resulta del estudio de las lesiones de la médula en la pelagra. En efecto, se sabe que esta intoxicación va acompañada muy á menudo de una esclerosis más ó menos acentuada que tiene su asiento en los cordones posteriores y en los laterales. De la misma manera que en las infecciones, es imposible decir actualmente si otras intoxicaciones pueden ir acompañadas de las alteraciones de la esclerosis combinada; pero es probable que así sea en algunas de éstas.

TRATAMIENTO. — La terapéutica es, hasta ahora, por completo impotente, hasta la que es estrictamente causal y racional, como, por ejemplo, la que consiste en la administración del mercurio en los parálíticos generales, que sufren esta afección medular. El empleo de los ioduros á dosis suficiente, y cualquiera que sea el tiempo que se usen, no parece tampoco dar resultados apreciables. El médico, por lo tanto, resulta tan desarmado en ésta, como en la mayor parte de las enfermedades crónicas de la médula, especialmente en la tabes, cuyas lesiones, por lo demás, se asemejan, aunque sólo bajo ciertos aspectos, á las de las esclerosis combinadas.

II

TABES DORSALIS

HISTORIA. — El conocimiento de las lesiones de esclerosis de los cordones posteriores es de fecha relativamente antigua; habían sido ya observadas en la primera mitad de este siglo por Hutin (1827), Monod (1832), Ollivier, Cruveilhier, etc., pero no eran sino *sorpresas* de autopsias, puesto que esos autores no tenían ninguna idea de los síntomas que corresponden á aquellas lesiones. Desde el punto de vista clínico, fue más lenta la evolución de las nociones sobre la tabes. El primer bosquejo de esta afección fue trazado por Romberg (1851), pero sobre todo fue Duchenne (de Boulogne) (1858), quien hizo de ella una descripción minuciosa, llamó la atención sobre el fenómeno tan singular de la pérdida del sentido muscular, la incoordinación, y demostró que estos enfermos, que anteriormente se habían englobado bajo la denominación común de *paraplégicos*, no eran, hablando con propiedad, parálíticos, sino que habían conservado casi intacta su fuerza muscular, y lo que en realidad les faltaba, era el ser dueños de sus movimientos; de ahí la denominación de *atáxicos* con que los designó. Fue entonces cuando se adoptó casi universalmente para esta enfermedad el nombre de *ataxia locomotriz progresiva*.

Algo más tarde, cuando se conocieron mejor los síntomas de esta enfermedad, y fue posible diagnosticarla en una etapa anterior, se comprobó que la ataxia de los movimientos no era un elemento absolutamente necesario, aun en un período ya bien caracterizado; entonces se volvió á la denominación de *tabes dorsalis* usada por los autores antiguos y por Remak.

Algunos autores han propuesto, para designar esta afección, recurrir á la nomenclatura anatómo-patológica; por esto se le dieron los nombres en la actualidad caídos en desuso de *esclerosis de los cordones posteriores*, *leucomielitis posterior*, *degeneración gris de los cordones posteriores*.

La entidad morbosa descubierta por Duchenne (de Boulogne) encontró en Trousseau un partidario, cuyo apoyo no era de desdeñar. En sus lecciones, el profesor de Clínica del Hôtel-Dieu empleó su maravilloso talento de exposición al tratar de aquella. Por otra parte, los trabajos de Topinard, Dujardin Beaumetz, Marius Carre, Jaccoud, Friedreich, Leyden, Westphall, Lockart-Clarke, Benedikt, Vulpian, Charcot, etc., dieron sólida base y aumentaron nuestros conocimientos sobre dicha enfermedad.

Esta es la fase inicial de la historia de la tabes. En un segundo período, por medio de un estudio minucioso de los síntomas, Charcot ha podido demostrar que, al lado de la ataxia locomotriz tipo, existía un considerable número de casos frustrados de tabes, que nos ha enseñado á distinguir. La dificultad de este diagnóstico ha sido, además, extraordinariamente disminuída por los trabajos de Westphall relativos á los fenómenos del reflejo rotuliano. Por otra parte, bajo el aspecto etiológico, Fournier inició la noción del origen sífilítico de esta afección, mientras que desde el punto de vista anatómo-patológico, Charcot y Pierret sentaban la del principio de las lesiones medulares por las cintas externas de los cordones posteriores. Numerosos autores han aportado también trabajos más ó menos importantes para el estudio de esta afección; tan grande es su número (1), que no sería posible citarlos todos; la indicación de los más importantes de esos trabajos se hará al ocuparnos de cada uno de los síntomas.

Un tercer período será en el que se descubra el proceso íntimo de esta enfermedad. ¡Ojalá pudiésemos al mismo tiempo llegar á establecer una terapéutica racional, y sobre todo eficaz!

SÍNTOMAS. — A) *Trastornos de la motilidad.* — 1.º *Trastornos del sentido muscular.* — Figuran éstos entre los más característicos de los síntomas tabéticos, y como se ha dicho en la historia de esta enfermedad, á Duchenne es á quien se debe el haber hecho resaltar su verdadera significación. Son múltiples y muy variables en su intensidad. Se pueden mencionar entre los principales, los siguientes:

a) *Pérdida de la noción de posición de los miembros.* — Consiste ésta, en que cuando los enfermos están acostados, no pueden darse cuenta exacta de la situación que sus miembros inferiores ocupan en la cama, por lo que acostumbran á decir que *se les pierden sus piernas*. Además se puede explorar y provocar este fenómeno, investigando las sensaciones que acompañan á los movimientos pasivos, comunicados á los miembros del enfermo; si después de ha-

(1) Véanse las Revistas generales publicadas sobre la tabes, por P. J. Möbius en los diez últimos años de Schmidt's Jahrbücher.

ber éste cerrado los ojos, se cambian de sitio dos ó tres veces sus extremidades inferiores, de manera que se le desorienta respecto de su posición, y se le pregunta cuál de ambas piernas está colocada sobre la otra, si está en flexión ó en extensión, etc., su respuesta indica si existe ó no la pérdida de la noción de posición. De ordinario, este fenómeno está mucho más acentuado en los miembros inferiores, que en los superiores.

b) *Pérdida de la noción de las diferencias de peso.*—No estando el enfermo en situación de poder regular la intensidad necesaria de sus contracciones musculares para ejecutar un movimiento, ó, lo que es lo mismo, para levantar un objeto, no puede por esta causa darse cuenta de la diferencia de peso que exista entre dos cuerpos. Un individuo sano puede evaluar diferencias de 1 por 20; muchos tabéticos no son capaces de distinguir diferencias de 1/6, de 1/4, ni aun mayores (Lussana).

c) *Trastornos en la bi-pedestación.*—Consisten estos trastornos en la imposibilidad en que algunos tabéticos se hallan de sostenerse en pie, ó por lo menos de verificarlo así teniendo los ojos cerrados. Este es uno de los síntomas de esta enfermedad, conocidos desde más larga fecha. Se le ha dado el nombre de «signo de Romberg»; para comprobarlo, basta colocar al enfermo con sus pies aproximados lo más posible el uno al otro, haciéndole además cerrar los ojos. Se observa entonces que oscila, que no puede guardar el equilibrio y cae. Cuando en estas condiciones los trastornos de la bi-pedestación no fuesen bastante manifiestos, se podría repetir esto, pero indicando al enfermo que se sostenga, no sobre ambos pies, sino con uno sólo (actitud *á la pata coja*, Fournier). Por lo demás, hay tabéticos que no pueden sostenerse de pie ni aun teniendo los ojos abiertos; otros en que basta impedirles ver el suelo, con cualquier objeto colocado á manera de pantalla, para observar que vacilan y caen.

Algunos enfermos se dan cuenta fortuitamente de la dificultad que experimentan para sostenerse en pie, cuando han necesitado levantarse sin luz durante la noche.

d) *Trastornos de la locomoción.*—Estos consisten en una manera especial de andar que ha recibido la denominación de *marcha atáxica*. Los enfermos *lanzan sus piernas* no sólo hacia adelante, sino también lateralmente, diciéndose entonces que *siegan*; por último, á consecuencia de la imposibilidad en que se encuentran de ser dueños de sus movimientos, el pie golpea el suelo, *taconean*. Estos trastornos de la locomoción son muchas veces tan acentuados que los enfermos no pueden andar y caen en seguida, ejecutando entonces numerosos movimientos desordenados que no sirven más que para aumentar la violencia de la caída.

En ocasiones, los trastornos de la locomoción son mucho menos acentuados, apenas apreciables: para percibirlos deberá recurrirse á diversos artificios, como aconseja Fournier.

Con los ojos cerrados se hará andar al enfermo «á la voz de mando», es decir, que deberá comenzar á andar en el mismo instante en que se le indique y pararse en el momento en que se pronuncie la palabra «alto». Los trastornos de la locomoción se acentúan también cuando el enfermo se vuelve rápidamente, ó cuando se le hace bajar una escalera; este último ha sido denomina-

do «signo de la escalera» de Fournier. Por último, en algunos casos la incoordinación se manifiesta cuando se les hace andar, no del modo usual, sino sosteniéndose sobre un solo pie, á la *pata coja*.

e) *Trastornos de la prehensión.*—Generalmente se presenta menos acentuada la incoordinación en los miembros superiores que en los inferiores. Sin embargo, estos fenómenos pueden ser bastante marcados y entonces se observa que en los movimientos de las manos se presenta una torpeza muy singular. Los enfermos escriben con dificultad, y si se les hace cerrar los ojos, les es imposible trazar una palabra inteligible. Tampoco pueden llevar á cabo con precisión los múltiples movimientos pequeños usuales, tales como abotonarse, afilar un lápiz, hacerse el lazo de la corbata y hasta en algunos casos ni llevar sus alimentos á la boca.

El modo mismo de efectuar la prehensión estos enfermos presenta caracteres especiales, muy bien observados por Charcot, que consisten en que cuando quieren coger un objeto, abren la mano de una manera desmesurada, después la colocan de plano encima de éste, y por último, la cierran violentamente.

¿Qué explicación tienen estos trastornos del sentido muscular y especialmente de la coordinación? Muchas teorías se han propuesto, pero en el estado actual de la ciencia, no podemos hacer más que hipótesis.

Según Brown-Séguard, es un trastorno de la reflectividad, cuyo asiento está en la médula.

Según Charcot, Vulpian y Leyden, la incoordinación reconoce por causa una alteración de la sensibilidad profunda debida á la lesión de los conductores sensitivos en la médula, especialmente al nivel de las cintas externas ó en las raíces posteriores; á esta opinión se adhiere Takács, quien hace desempeñar un papel importante en la génesis de estos trastornos, al retardo en la conductibilidad de las impresiones sensitivas.

Según Immermann, debe atribuirse aquélla á la esclerosis de los cordones de Goll.

Pierret juzga que los fenómenos de incoordinación proceden de un estado parético de los músculos, propio de la tabes, y distinto de la parálisis propiamente dicha.

Jendrassik tiende á poner en relación estos trastornos con la lesión de ciertas regiones de los centros encefálicos apoyándose en la comparación de los síntomas observados y de las alteraciones de estos centros, descritas por él.

El estudio de las modificaciones que con tanta frecuencia experimentan los nervios periféricos en la tabes debe llevarnos á atribuir la incoordinación á aquellas; tanto más, cuanto que este mismo fenómeno se encuentra en los casos de poli-neuritis, descritos por Dejerine bajo la denominación de *nervotabes periférica*.

Fig. 85.—Ejemplo de la influencia de la comprobación por medio de la vista, sobre la incoordinación de los movimientos de los tabéticos. La línea superior ha sido escrita por el enfermo con los ojos abiertos: después, se le ha ordenado cerrarlos y que continuase escribiendo (línea inferior); la diferencia entre ambas líneas, demuestra cómo ha aumentado la incoordinación en la segunda (Colección Damaschino).

Por otra parte, el conocimiento de los cambios que los reflejos tendinosos presentan en la tabes, proporcionan datos importantes para la explicación del síntoma atáxico.

La hipótesis más verosímil parece ser la siguiente: Los trastornos de la coordinación son originados por la dificultad que encuentran en su transmisión las impresiones que tienen su punto de partida en las partes profundas de los miembros, músculos, articulaciones, aponeurosis; impresiones que deben ser percibidas por las células motoras de la médula á fin de regular su descarga motora para la ejecución del movimiento proyectado.

En cuanto á saber con precisión en qué sitio existe el obstáculo para la transmisión de esas impresiones, pueden variar las opiniones según la idea que se tenga de las lesiones propias de la tabes: según unos, el obstáculo provendrá de la lesión de los cordones posteriores; según otros, de la alteración de la substancia gris de las astas posteriores, de la de las raíces posteriores, y hasta en opinión de algunos, de la de los ganglios espinales. Por último, quizá pudiera pensarse si la incoordinación de los tabéticos no sería, sobre todo, originada por la lesión de los aparatos nerviosos especiales comprendidos en los músculos, en los tendones ó en las aponeurosis (corpúsculos neuro-musculares de Golgi, de Pacini, etc.), y cuyo papel, poco conocido hasta ahora, parece que no debe desdeñarse como agente de la coordinación de los movimientos.

1.º *Movimientos athetosiformes ó coreiformes.*—Estos movimientos no existen más que en número muy restringido de tabéticos, siendo, sin embargo, menos escasos que lo que se pudiera creer, dado el reducido número de observaciones en que este fenómeno ha sido descrito.

Los hechos de este género han sido estudiados por Rosenbach, Grasset, Audry, Oppenheim, Laquer, B. Stern, Sacaze, Rossolimo (1), etc.; Audry (2) ha publicado una verdadera monografía. Se trata de movimientos involuntarios, y la mayor parte de las veces inconscientes, de una extremidad ó de un dedo ó varios. Algunos autores opinan que esos movimientos athetosiformes son causados por la participación en el proceso tabético de los cordones laterales. Es posible que sean simplemente consecuencia de las alteraciones del sentido muscular por no ser refrenadas, como deberían serlo, las sollicitaciones motoras que tienen su punto de partida en la substancia gris. Según Grasset y Sacaze (3), sería una *ataxia del tonus*.

2.º *Parálisis.*—En el curso de la tabes pueden aparecer distintas parálisis: una de sus variedades más frecuentes es la hemiplegia (18 veces en 224 casos de tabes, Fournier); también son muy frecuentes las parálisis de los músculos del ojo; después de estas dos variedades se observa á menudo la hemiplegia facial, así como la paraplegia.

Estas parálisis no son siempre permanentes, ni mucho menos; la mayor parte de ellas no duran más que algunos días ó pocas semanas, rara vez son muy acentuadas; son más bien pasesias que parálisis (Fournier).

(1) Rossolimo, Contribution à la pathogénie de l'amyotaxie (mouvements involontaires dans différentes maladies organiques du système nerveux). *Revue neurologique*, 17 Noviembre 1893, p. 586.

(2) Audry, L'athétose double et les chorées chroniques de l'enfance, 1892.—J.-B. Baillière

(3) Sacaze, Ataxie locomotrice avec atrophie musculaire et ataxie du tonus. *Nouveau Montpellier médical*, 1893, núm. 1.

La hemiplegia de los tabéticos presenta algunos caracteres especiales: no se observa que vaya acompañada de la contractura secundaria, y los reflejos rotulianos no se modifican por su influencia, es decir, que cuando están abolidos, no reaparecen; sin embargo, en algunos casos se ha observado (Goldflam (1), Hughling-Jackson (2) que después de haberse presentado la hemiplegia reaparecieron los reflejos y hasta presentaron una manifiesta exageración.

En ocasiones, la hemiplegia de los tabéticos va acompañada de hemianestesia sensitivo-sensorial; en estos casos es evidente, como lo ha demostrado Charcot, que se trata casi siempre de una hemiplegia histérica que ha aparecido en un tabético. En los casos en que no exista la hemianestesia, es verosímil que, si no todos ellos, algunos correspondan también al histerismo. En cuanto á los que no son de origen histérico, sino orgánico, es difícil precisar cuál es la lesión que los produce (Debove, Blanche Edwards, Lecocq, Bernhardt); se ha encontrado en las autopsias una hemorragia ó un reblandecimiento, y algunas veces parecía no existir ninguna lesión aparente.

La paraplegia es muy frecuente en los tabéticos que han llegado á un período bastante avanzado; sobre todo en los que presentan la deformación conocida con el nombre de pie zambo tabético; la descripción de esta deformación se encontrará en el capítulo dedicado á los *trastornos tróficos*. En otros períodos, también se puede observar la aparición de la paraplegia, y hasta en las primeras etapas de la afección; en general, su modo de invasión es completamente rápido, súbito; de un día á otro, el enfermo, que andaba aún muy bien la víspera, se encuentra en la imposibilidad de dar un paso y, por lo tanto, retenido en el lecho. Esta paraplegia puede ser permanente, ó por el contrario transitoria, y desaparecer al cabo de algunas semanas. En algunos casos, la desaparición de la paraplegia es tan súbita como su comienzo, apenas dura algunos segundos; se trata entonces del fenómeno descrito por los autores ingleses, especialmente por Buzzard, con la denominación de «giving way of the legs», y sobre cuya descripción Charcot ha insistido repetidas veces en sus *Lecciones*. Este fenómeno consiste en que á un tabético que todavía ande bastante bien *le flaquean* las piernas de pronto, de tal modo que cae sin que nada haya podido hacérselo preveer, en el propio sitio en que se encuentra, aun cuando esto le suceda al cruzar por medio de una calle; pocos instantes después vuelven las fuerzas, y la progresión es de nuevo posible.

Las parálisis limitadas de un nervio ó de una parte del cuerpo están menos bien estudiadas que la hemiplegia y la paraplegia de los tabéticos. Es cierto que, especialmente entre los casos de hemiplegia facial, hay algunos que entran en la categoría del hemi-espasmo glosolabiado histérico. La parálisis radial es una de las más frecuentes; en ocasiones se observará la aparición de la parálisis de los músculos masticadores.

Leyden (3) describe además, con la denominación de «pseudo-parálisis», es-

(1) Goldflam, Ueber das Wiedererscheinen von Sehnenreflexen bei Tabes, etc. *Berliner klin. Wochenschr.* 1891, núm. 8.

(2) Hughlings-Jackson, Return of Knee-Jerks after hemiplegia in a tabetic. *British Medical Journal* 11 Julio 1892.

(3) Leyden, Tabes Dorsualis. In *Real Encyclopædie der gesammten Heilkunde*.

tados paréticos generales ó locales, en su opinión causados por un mayor ó menor grado de abulia (siendo imposible á los enfermos el realizar el esfuerzo necesario para llevar á cabo los movimientos que la ataxia hace más difíciles), ó por el abatimiento en que algunos enfermos de tabes están sumidos. Esos fenómenos se observan, sobre todo, en las mujeres, ó á consecuencia de enfermedades agudas intercurrentes, después de diarreas prolongadas, de crisis gástricas intensas y de larga duración, ó después de la permanencia en el lecho á la que les ha obligado una fractura ó una operación.

B) Trastornos de la sensibilidad. — Estos trastornos consisten en dolores ó en fenómenos de anestesia ó de parestesia.

Los dolores de la tabes presentan modalidades muy diversas, algunas bastante características para tener una importancia considerable para el diagnóstico. Entre ellas se mencionan sobre todo los dolores fulgurantes, los punzantes, y los circulares.

Los dolores fulgurantes, como su nombre indica, son comparados por los enfermos á la impresión sentida por una chispa eléctrica, unas veces la impresión es única, no hay por decirlo así, más que una sola chispa, otras es múltiple y se extiende en forma de haz. Es notable la rapidez con que aparece y desaparece esta impresión dolorosa. Los dolores recorren generalmente cierta longitud del miembro, muy rara vez empiezan y acaban en el mismo sitio.

Los dolores punzantes tienen más ó menos analogía con los fulgurantes y presentan las mismas modalidades, lo que les distingue de estos, es que en vez de una sensación parecida á la de la chispa eléctrica, la que experimentan los enfermos es por completo semejante á la que les produciría un lancetazo y hasta la de una puñalada.

Los dolores terebrantes se caracterizan porque á la sensación dolorosa se añade una impresión de torsión, como si las carnes de los enfermos se perforasen con una barrena.

En los dolores urentes, la sensación experimentada no es de pinchazo, más bien es de quemadura; estos dolores tienden á cambiar menos de sitio á quedar más francamente localizados en ciertos puntos: ocupan con menos frecuencia los miembros, más bien el tronco.

Generalmente, los dolores fulgurantes y lancinantes aparecen en los miembros, con predilección marcada en los inferiores, siendo menos comunes en los superiores; cuando tienen su asiento en estos últimos, ocupan de ordinario el borde interno, cubital, del antebrazo y tienden á propagarse al dedo meñique (Charcot).

En algunos enfermos estos dolores son casi aislados, sólo aparecen de cuando en cuando; pero por lo común sobrevienen por crisis, es decir, que durante un período de algunas horas, más bien de algunos días, son muy frecuentes, con poco intervalo entre sí, después se calman, y durante ocho días, quince, tres semanas ó más, desaparecen ó apenas se presenta alguno de cuando en cuando.

Muchas otras variedades de dolores de los atáxicos presentan el carácter de aparecer por crisis, sobre todo los dolores que tienen su asiento en las vísceras. Ha prevalecido la costumbre de describirlos al mismo tiempo que los restantes trastornos funcionales de que estas son asiento y llevan el nombre ge-

nérico de *crisis viscerales*. Su descripción se encontrará en los capítulos dedicados á los diversos órganos.

Con el nombre de *crisis de cansancio muscular*, Pitres (1) ha descrito las sensaciones, si no en absoluto dolorosas, por lo menos muy penosas, que consisten en una laxitud muy marcada, en una especie de quebrantamiento muscular análogo á los que experimentan los individuos sanos, después de un ejercicio muy violento y demasiado prolongado. Esta sensación ocupa los músculos de los miembros ó los de las masas sacro-lumbares; aparece súbitamente y persiste algunas horas ó varios días. Las crisis de este género pueden sobrevenir desde el principio de la tabes y repetir con intervalos variables.

Al lado de estas crisis de cansancio muscular conviene colocar un fenómeno inverso, la *falta de la sensación de fatiga muscular*, después de esfuerzos prolongados. Fränkel (2), ha descrito recientemente un caso de este género, en el que un tabético podía permanecer con sus brazos extendidos durante veinticinco minutos sin sentir cansancio, al paso que un individuo sano, colocado en la misma posición, se halla muy cansado al cabo de seis á siete minutos.

Los fenómenos dolorosos en vez de afectar un tipo variable y más ó menos intermitente como en los que acaban de citarse, pueden ser por el contrario, fijos y permanentes. A este grupo de hechos pertenece el tan conocido dolor *en forma de cinturón*, de que se quejan los tabéticos, que consiste en una sensación de constricción circular, en ocasiones muy penosa, que tiene su asiento alrededor de los lomos ó á la altura del pecho. Esa sensación de constricción es alguna vez tan acentuada, que la expresión *en cinturón* no es bastante para definirla, y entonces se quejan los enfermos de sentir todo el tórax como oprimido por una «coraza».

Se observan también en los miembros sensaciones análogas: constricción en forma de borceguí, de brazaletes, etc...

Además de las sensaciones verdaderamente dolorosas de que se acaba de hacer mención, se observan otras que son menos molestas, como el *adormecimiento*, el *hormigueo* en diferentes regiones del cuerpo. Estos fenómenos son frecuentes en los miembros inferiores, ocupan más bien los pies y las piernas, en ocasiones en forma de placa limitada; su localización ordinaria en los miembros superiores es en el borde cubital del antebrazo y en el dedo meñique.

Pueden también ser observadas esas sensaciones de adormecimiento en el tronco y en la cabeza; cuando tienen su asiento en la cara, su significación es muy interesante, porque son suficientes para hacer suponer la existencia de la tabes. Parece á los enfermos que tienen puesta una careta, y en casos menos acentuados, una tela de araña extendida sobre la cara. Rara vez son perfectamente simétricas esas sensaciones de adormecimiento; á menudo aparecen en un solo lado, y en algunos casos se añaden á ellas fenómenos dolorosos más ó menos análogos á los que anteriormente han sido estudiados.

La *anestesia al dolor* es uno de los trastornos de la sensibilidad más comu-

(1) Pitres, *Progrès médical*, 1884.

(2) Fränkel, *Fehlen des Ermüdungsgefühls bei einem Tabiker. Neurologisches Centralblatt*, 1893, p. 434.