

nes en la tabes; pero no debe entenderse que se trata de esas anestias intensas que se observan especialmente en las mielitis transversas. En la tabes es bien distinta; hay que buscar con gran minuciosidad la anestesia, ó se corre el riesgo de que pase inadvertida; en efecto, muchas veces no afecta más que un territorio muy limitado en un miembro ó en el tronco; por lo demás, es casi tan frecuente en éste como en aquéllos, algo menos en la cabeza (Oulmont).

Existe muchas veces alguna simetría en los territorios anestesiados, pero esta simetría nunca es perfecta; puede considerársela como excepcional en la cabeza (Oulmont).

Se observan las placas de anestesia en el tronco, más bien por delante, á la altura de las mamas y del ombligo; por detrás, en los hombros.

Las regiones afectadas con mayor frecuencia en los miembros superiores son los dedos y la región cubital del antebrazo.

Las placas de anestesia se observan en los miembros inferiores, en la planta del pie, en el talón, en los dedos, en los maléolos, en las rodillas; en las piernas más bien ocupan la cara posterior que la anterior.

De una manera general, es preciso fijar la atención en que las placas de anestesia se encuentran más bien en las partes periféricas de los miembros que en su raíz. Otra advertencia interesante que debe hacerse es, que las placas de anestesia no corresponden, por lo menos de un modo absoluto, á la zona de distribución de tal ó cual nervio cutáneo; por el contrario, cabalgan sobre las zonas de distribución de varios nervios próximos entre sí.

Se verá, cuando tratemos de las fracturas y de las artropatías, que la analgesia no se limita á la superficie cutánea, sino que también se la observa al mismo tiempo que en ésta, ó aisladamente, en las partes profundas: huesos, articulaciones, etc.

La *hiperalgesia* se observa en placas lo mismo que la analgesia, es menos frecuente que esta última, pero no menos característica; puede ser el punto de partida de sensaciones muy molestas para los enfermos, porque en algunos casos un simple roce en donde aquella existe, es casi intolerable.

Las placas de hiperalgesia tienen su asiento más bien entre los hombros y en la región lumbar (Oulmont); también en ocasiones se les observa en las mamas y en cualquier otro sitio del tórax. Puede existir la hiperestesia no sólo del dolor, sino también de la temperatura. Según Erb, la hiperestesia indicaría la participación de las meninges en el proceso morboso.

A estos trastornos de la sensibilidad para las impresiones dolorosas convendría añadir, según Lannois (1), la *afalgesia* (αφη, contacto, αλγος, dolor). Según la definición de Pitres, que ha introducido este nombre en la ciencia, la afalgesia es «una variedad de parestesia, caracterizada por una sensación dolorosa intensa por la simple aplicación sobre la piel de algunas substancias que no provocan en el estado normal más que la natural sensación de contacto». Este fenómeno sensitivo, que hasta ahora no había sido comprobado más que en el histerismo, ha sido observado por Lannois en un caso de tabes, en el que no podía invocarse ni el histerismo, ni la influencia de la suges-

(1) Lannois, Apathésie transitoire chez une tabétique. *Revue de médecine*, Julio 1892, p. 567.

tión. Esta tabética sentía un dolor vivo por el contacto con el cobre y tan sólo al contacto de este metal.

Las *parestias* son en extremo numerosas y variadas en la tabes (Duchenne (de Boulogne), Leyden, Berger, Biswanger, B. Stern, etc.).

Una de las más comunes é importantes, consiste en el fenómeno designado con el nombre de *retardo de las sensaciones*. En efecto, en muchos tabéticos, el tiempo que pasa entre el momento en que se les toca con un objeto punzante y aquel en que perciben la sensación dolorosa, es mucho más considerable que en los individuos sanos, hasta el punto de que pueda ser de uno, dos, tres segundos ó más. Este fenómeno está, sobre todo, más marcado en los miembros inferiores, tanto más á medida que se haga esta investigación sobre los puntos más periféricos de éstos (Richer). Cruveilhier fue probablemente el primero que indicó este retardo de las sensaciones; Leyden y F. Goltz lo han estudiado con detenimiento, y Takacz ha apreciado que es bastante constante para fundar en él, una teoría fisiologo-patológica de la ataxia. Por otra parte, Fischer (1) ha comprobado que el retardo es más pronunciado en las sensaciones táctiles que en las dolorosas.

Con el nombre de *hiperestesia relativa* (Leyden), se designan los casos en que se percibe apenas un ligero pinchazo, mientras que otro algo fuerte provoca un dolor muy violento y en modo alguno en proporción con el mismo.

La denominación de *anestesia relativa* pudiera aplicarse á los casos (Berger) en que son bastante bien percibidos pinchazos de mediana intensidad, mientras que otros más fuertes no provocan dolor.

La *metamorfosis de las sensaciones* consiste en que algunos tabéticos no pueden distinguir con claridad la impresión cutánea por ellos percibida; así, por ejemplo, equivocan un pinchazo ó un pellizco, con una quemadura más ó menos intensa. Debe relacionarse esto con un fenómeno bastante análogo, observado desde las primeras descripciones de la ataxia locomotriz, el de que estos enfermos están en la imposibilidad de distinguir sobre qué clase de suelo pisan, llegando á creer que sienten como una gruesa alfombra bajo sus pies, hasta cuando andan por la calle.

La *falta de localización de las sensaciones* es á veces muy manifiesta; se observa entonces que los enfermos acusan el pinchazo en un punto muy distante de donde se les ha hecho, por ejemplo en el pie, cuando se les ha pinchado en la pierna ó hasta en el muslo.

Con el nombre de *disociación de la anestesia*, se define el fenómeno de que algunos tabéticos sientan más ó menos completamente las impresiones cutáneas de determinada naturaleza, al paso que no se dan cuenta de otras; así, por ejemplo, enfermos que no perciben los pinchazos, conservan íntegra su sensibilidad térmica, y viceversa (Parmentier). Otro tanto sucede respecto de la sensibilidad táctil. En general, ésta se conserva por mucho más tiempo que la sensibilidad al dolor.

Hasta ahora nos hemos ocupado de los trastornos relativos á la calidad de las sensaciones: pueden comprobarse otros desde el punto de vista del número de las percepciones, en relación con el de las excitaciones.

(1) Fischer, Ueber Vorlangsamung der sensiblen Leitung bei Tabes Dorsualis. *Berliner klin. Wochenschr.*, 1881, números 33 y 37.

Así, sucede que, cuando se ha prolongado durante algún tiempo la investigación de la sensibilidad al dolor, se observa que en ciertos momentos el enfermo acusa un pinchazo, aun cuando no se le haya hecho; esto proviene de que los anteriores pinchazos han excitado los centros nerviosos de tal modo, que el enfermo continua percibiendo sensaciones dolorosas inmotivadas.

En otros casos, los enfermos sienten varios pinchazos hechos con pequeños intervalos, como uno solo prolongado; esto es una especie de *tétanos sensitivo*, comparable al *tétanos* de los fisiólogos de la contracción muscular; ó bien, por el contrario, cree el enfermo que en vez de la punta de un solo alfiler en contacto con la piel, lo están dos ó tres simultáneamente.

Se puede observar también que la sensibilidad se embota por la continuación de una misma excitación, y que después de un período de «eclipse» reaparece, y así sucesivamente, de tal suerte, que en ciertos momentos la excitación deja de ser percibida, aun cuando sea continua, y vuelve á serlo algunos instantes después, para desaparecer luego.

Además del cansancio, pueden contribuir á la exageración de los trastornos de la sensibilidad, otras influencias físicas, como el frío.

Todos estos trastornos son en general mucho más acentuados en los miembros inferiores que en los superiores, y más en el tronco que en la extremidad cefálica.

Son en extremo variables en los diferentes enfermos; en algunos casos faltan casi por completo, mientras que en otros son muy intensos (*tabes dolorosa* de Remak) ocasionándoles un verdadero martirio.

**Trastornos de la reflectividad.**—Estos trastornos son comunes en la *tabes* é interesan un número bastante grande de reflejos. Sólo trataremos ahora de los que afectan á los reflejos tendinosos y á los cutáneos; en los capítulos dedicados á los síntomas oculares y genitales se describirán los que se observan en los reflejos pupilares y en los del testículo y del ano.

A) *Reflejos tendinosos.*—Entre los reflejos tendinosos, el *rotuliano* es el que presenta las modificaciones de mayor interés en la *tabes*.

Se debe á Westphal el conocimiento del hecho de que la desaparición del reflejo rotuliano es uno de los síntomas más constantes de la *tabes*, aun en el período inicial de esta afección. El mismo autor ha indicado el asiento de las lesiones de la médula, en los casos en que falta el reflejo rotuliano. Parece comprobado por sus investigaciones, que las fibras por que pasan las impresiones centrípetas necesarias para la producción de este reflejo se hallan situadas en la zona de entrada de las raíces (cintas externas de Charcot y Pierret). La localización exacta indicada por Westphal es la siguiente: estas fibras centrípetas se hallan hacia afuera de una línea paralela al surco medio posterior trazada desde el codo del asta posterior hasta el borde posterior de la médula; estas fibras están comprendidas, por lo tanto, entre dicha línea y el asta posterior. Toda lesión en ese sitio ocasionará la disminución ó la abolición del reflejo rotuliano. Del mismo modo, si como es probable en la *tabes*, las fibras porque se hace la conducción centrípeta de este reflejo están alteradas fuera del eje espinal, en aquel sitio de la médula es donde se observarán las lesiones consecutivas á su degeneración.

Westphal ha indicado además el segmento vertical del eje medular en que

se produce este reflejo; según su opinión, el punto de entrada de las impresiones centrípetas ocupa exclusivamente la unión de la médula lumbar con la dorsal.

Por más que como regla general, los reflejos rotulianos están abolidos en la *tabes*, en ocasiones se observa que subsisten, sobre todo, cuando se trata de casos de «*tabes superior*» cuyas lesiones son nulas en la región lumbar.

Desde el principio, pueden estar simplemente disminuídos de intensidad; muchas veces en este período son desiguales (Goldflam). También en algunos casos, en el período inicial, los reflejos rotulianos parecen abolidos, pero no lo están aún de una manera absoluta y, empleando el procedimiento de Jendrassick, se puede todavía hacerlos reaparecer.

Los restantes reflejos tendinosos (reflejo del tendón de Aquiles, del codo, de la muñeca, etc.), están también afectados en la *tabes*.

B) *Reflejos cutáneos.*—Estos reflejos no presentan modificaciones tan constantes, y, por consiguiente, tan características como los reflejos tendinosos. Pueden subsistir especialmente los reflejos plantares durante mucho tiempo en los miembros en que aquellos estuviesen ya abolidos; en otros casos pueden estar también abolidos en absoluto.

En cuanto al reflejo abdominal, según Rosenbach (1) está aumentado en la *tabes*; por lo menos se puede admitir que en general subsiste.

1.º **Trastornos de los órganos de la visión.**—Estos síntomas, ó por lo menos buen número de ellos, han sido descritos desde los primeros trabajos sobre la ataxia locomotriz, en particular por Duchenne (de Boulogne), Romberg, Trouseau, Argyll-Robertson. No ha dejado de progresar desde entonces su estudio, y pueden citarse entre los autores que han contribuído á ello, los nombres de Charcot, Leber, Fournier, A. Robin, Vincent, Delécluze, Gowers, Berger, etc.

Estos síntomas afectan el aparato muscular interno y externo del ojo, el aparato de la visión propiamente dicho, y también en algunos casos el aparato secretorio: dacriorrea (Féré (2), Kœnig (3)).

En lo que se refiere al aparato muscular externo, debe hacerse especial mención de las *parálisis de los músculos motores del ojo*; son éstas, en efecto, uno de los síntomas comunes de la *tabes* (39 por 100, Mœli, Berger).

Por lo general, como lo ha hecho notar Fournier, estas parálisis presentan los caracteres siguientes: son disociadas, parciales y aun más limitadas, fugaces, efímeras, en ocasiones hasta casi instantáneas, es decir, que pueden existir solo durante algunos instantes, pocas horas ó varios días y después desaparecer por completo, siendo siempre posible su reaparición. Esto concuerda, sobre todo, con las parálisis oculares del período prodrómico, porque en los casos de *tabes* confirmada, es frecuente observar estas parálisis más intensas y permanentes. Según algunos autores, esto obedece á que las primeras provienen de una neuritis periférica, mientras que las segundas reconocen por causa una alteración nuclear (??).

Las opiniones difieren respecto de la mayor frecuencia de la parálisis de de-

(1) O. Rosenbach, Zur Symptomatologie der Tabes. *Centralblatt für Nervenheilkunde*, Abril, 1892.

(2) Féré, Société de Biologie, Enero, 1887.

(3) E. Kœnig, Dacryorrhée ataxique. *Progrès médical*, 1891, núm. 44, p. 307.

terminados músculos. Según Berger y Woïnow, el recto externo es el que está afectado más veces; según Watteville y Landolt el recto interno; es cierto que ambos músculos son los más á menudo invadidos por la parálisis, pero además de estos pueden sufrirla el recto superior, el recto inferior, el grande y pequeño oblicuo, estando á veces paralizados todos los músculos exteriores del ojo, presentándose entonces la oftalmoplegia externa progresiva.

Como efecto del carácter parcial ó hasta más limitado aún (Fournier) de estas parálisis, es raro observarlas interesando por completo el territorio de uno de los nervios motores del ojo; sin embargo, sobre todo, cuando existen las parálisis intensas y permanentes de la tabes confirmada, se observa algunas veces que éstas ocupan todas ó casi todas las ramas del motor ocular común.

Así es como, por ejemplo, el *ptosis* acompaña con bastante frecuencia la desviación del ojo hacia afuera. Es uno de los síntomas iniciales de la tabes, y que puede aparecer de un modo exclusivo. De ordinario, es unilateral, pero en algunos casos afecta ambos párpados, si bien casi siempre con distinta intensidad.

Muchas veces, por efecto de su carácter transitorio, no pueden comprobarse las parálisis oculares que hayan existido en el período prodrómico de la tabes cuando se examinan los enfermos; pero es posible todavía darse cuenta de ellas de un modo retrospectivo, teniendo presente que éstos refieren haber sufrido antes *diplopia*. Deben relacionarse con estas parálisis, bajo el aspecto funcional, el *lagrimeo* y la *epífora* observados en algunos enfermos, lagrimeo que en ciertos casos puede atribuirse directamente á uno de tantos trastornos secretorios que no son raros en la tabes y que afectan también las glándulas salivares, el estómago, los intestinos y hasta el riñón (Pierret, Féré).

También se observan otros fenómenos en el aparato ocular que parece dependen de la parálisis del gran simpático: la *exoftalmia*, una ligera *estrechez de la hendidura palpebral* (Jacobson, Berger) y la *hipotonía ocular*, que consiste en la disminución de la tensión del globo ocular.

En cuanto á la musculatura interior del ojo, sus alteraciones morbosas son todavía más frecuentes que las de la exterior, y mayor su importancia bajo el aspecto del diagnóstico, gracias á la precocidad de su aparición.

Las *pupilas* están en ocasiones muy reducidas, alcanzando á veces esta miosis un grado extremo; por el contrario, en otros enfermos están considerablemente dilatadas; pero la midriasis es mucho menos común que la miosis. Se observa en muchos casos la desigualdad de las pupilas, presentando la una de ellas miosis, la otra midriasis. Por último, puede estar deformada la pupila, oblicua-oval, es decir, que aparece oval en vez de redonda (Berger).

El estudio de los *reflejos pupilares* es muy interesante; siendo éstos múltiples, conviene apreciarlos con independencia unos de otros.

a) El *reflejo de la luz* es el que desaparece con mayor frecuencia y más pronto. Se sabe que en el estado normal consiste en que cuando una luz más ó menos viva hiere el ojo, la pupila se contrae en el acto; por el contrario, en la tabes esta acción de la luz no produce efecto en la pupila, que permanece inmóvil, ó á lo sumo, en los casos de evolución incompleta, se observa en aquélla una contracción lenta y poco manifiesta, recobrando bien pronto la pupila su anterior diámetro.

b) El *reflejo de la acomodación* se caracteriza por el hecho de que la pupila se contrae en proporción de la proximidad del objeto que se mire: en la tabes subsiste de ordinario este reflejo, de tal manera, que resulta una disparidad muy singular en el modo con que reacciona la pupila por la acción de la luz ó en la acomodación; disparidad cuya importancia para el diagnóstico en el principio de la tabes han hecho patentes Argyll-Robertson, Vincent, Coingt; por lo que este fenómeno es conocido con el nombre de « signo de Argyll-Robertson ».

La persistencia del reflejo de la acomodación no es en absoluto constante en la tabes, en los períodos avanzados de esta enfermedad; este reflejo queda también abolido.

c) El tercer reflejo pupilar es el *reflejo del dolor*, que consiste en la contracción pupilar que se produce cuando se pellizca la piel: en los tabéticos la desaparición de este reflejo es uno de los primeros síntomas (Erb).

En cuanto á las *funciones visuales*, propiamente dichas, sus trastornos son bastante frecuentes y en ocasiones tan pronunciados que producen la ceguera completa.

Estos trastornos están caracterizados por la *disminución de la agudeza visual*, que, como queda dicho, puede ser considerable, por una *discromatopsia* especial, que afecta á los demás colores menos al amarillo y al azul, por la *estrechez del campo visual* que es concéntrica ó periférica, á veces también por *escotomas* hemioplícos, en sectores ó periféricos.

Correspondiendo á estas perturbaciones funcionales se observa, por el examen oftalmoscópico, una coloración grisácea ó blanco-azulada de la papila, marcada sobre todo en su porción nasal, coloración que puede llegar hasta el blanco nacarado; á pesar de estas alteraciones, la papila conserva muy manifiestamente sus límites y la limpieza de sus contornos, que no es difuso como se observa en los casos de tumor cerebral.

Estos diversos fenómenos son ocasionados por la existencia de una *neuritis óptica*, que generalmente es bilateral, pero no siempre en absoluto simétrica.

No debe creerse que todos los tabéticos están predestinados á la neuritis óptica, y, por lo tanto, amenazados de ceguera. En efecto, la neuritis óptica no se observa más que en 10 á 20 por 100 de los casos, y conviene fijar la atención en que aquélla no constituye un accidente tardío correspondiente á los períodos avanzados de la enfermedad, como pudiera suponerse. Por el contrario, la neuritis óptica es una manifestación precoz, y con muy raras excepciones puede afirmarse, que cuando un tabético cuya afección cuenta más de tres años de antigüedad (Berger) no ha sido afectado por esa manifestación, tiene completa probabilidad de no padecerla ya nunca.

Respecto de este extremo, varios autores han hecho la observación, de que es raro comprobar la existencia de la neuritis óptica en los tabéticos que presentan una marcada incoordinación motora. Se ha tomado esto por punto de partida para admitir que ambos fenómenos se excluyen mutuamente. Es mucho más probable que deba interpretarse la falta de concomitancia entre la neuritis óptica y la incoordinación como la prueba de que una y otra corresponden á procesos tabéticos cuya localización, y quizás también cuya naturaleza es distinta; de tal modo, que la primera estaría en relación con la

« tabes superior », mientras que la segunda no se produce más que cuando las regiones inferiores del eje medular están afectadas.

Sin embargo, se han observado casos en que la aparición de la neuritis óptica ha ido acompañada de la disminución en la intensidad de otros síntomas tabéticos. Bouchaud (1892, *Gaz. hebdom.*) ha descrito un nuevo hecho de este género.

2.º Trastornos del aparato auditivo.—Son algo frecuentes y consisten en:

La *disminución de la agudeza auditiva*. Puede aparecer de un modo progresivo ó repentino, de ordinario es bilateral, pero no perfectamente simétrica, pudiendo á veces llegar hasta la sordera absoluta en pocos días; es producida por la neuritis del nervio auditivo (?).

Los *ruidos subjetivos* son diversos: silbidos, zumbidos, etc., sin caracteres bien determinados.

El *vértigo auricular* (*vértigo de Menière*), observado por Charcot, Pierret (1) y estudiado por P. Marie y Walton (2), A. Marina (3), etc. Este vértigo puede ser por completo análogo al de las afecciones auriculares comunes. En ocasiones, los tabéticos que lo padecen presentan lesiones catarrales ó esclerosas del oído medio, otras veces éstas no existen y parece que en estos casos pudiera invocarse la alteración de esas fibras del nervio auditivo, que se designan por algunos autores con el nombre de nervio del espacio (P. Marie y Walton). Se pueden observar además en la tabes *fenómenos vertiginosos* de distintas especies y principalmente J. Grasset (4), que ha hecho un estudio especial de estos mismos fenómenos, considera el signo de Romberg como un verdadero vértigo.

La *hiperexcitabilidad del nervio auditivo* por las corrientes eléctricas, cuyo estudio se debe en particular á A. Marina. Esta hiperexcitabilidad consiste en que las reacciones del nervio acústico se producen en estos enfermos con intensidades de la corriente inferiores á 15 miliamperes, mientras que en un individuo sano no empiezan á manifestarse sino á partir de esta intensidad. Este fenómeno es bastante común; Marina dice que lo ha encontrado en ocho casos, entre 11 tabéticos que examinó con tal objeto.

3.º Trastornos del aparato de la olfacción.—Son poco conocidos; en algunos casos se han observado sensaciones olfatorias anormales ó anosmia.

4.º Trastornos del aparato del gusto.—También poco conocidos, excepto la existencia de sensaciones anormales del gusto, ó su pérdida total en casos bastante raros.

5.º Trastornos tróficos.—Deben distinguirse los desórdenes de la nutrición general y los trastornos tróficos locales (piel, huesos, articulaciones, tejidos fibrosos, músculos, etc.).

Los *desórdenes de la nutrición general* han sido hasta ahora poco estudiados. Desde el punto de vista de los cambios químicos, no tenemos más que datos muy incompletos, como se verá en el capítulo de las perturbaciones urinarias. En la clínica, por el contrario, se observa que los tabéticos presentan mu-

(1) Pierret, Contribution à l'étude des phénomènes céphaliques du Tabes dorsalis. Symptômes sous la dépendance du nerf auditif. *Revue mensuelle de Méd. et de Chir.*, 1877, p. 101.

(2) P. Marie y Walton, Des troubles vertigineux dans le tabes (vertige de Ménière tabétique). *Revue de Médecine*, 1883, p. 42.

(3) A. Marina, Zur Symptomatologie der Tabes dorsalis-mit, etc.... *Arch. f. Psych.*, XVI, p. 156.

(4) J. Grasset, Du vertige des ataxiques, *Arch. de Neurologie*, 1893, núms. 73-74.

chas veces un aspecto de *miseria fisiológica* verdaderamente singular. Están enflaquecidos, su semblante presenta el aspecto de cansancio, los ojos hundidos; el hundimiento de los pliegues y surcos de la cara y la palidez de los tegumentos, dan bien clara idea de que son individuos afectados de una enfermedad de consunción.

Este es el aspecto de la mayoría de los tabéticos; hay, sin embargo, algunos que conservan su robustez, así como una apariencia de salud muy satisfactoria. Parece que para el pronóstico deben tenerse en cuenta estos casos excepcionales, porque en ellos la afección es mucho menos progresiva, y en ocasiones completamente estacionaria.

Los *trastornos tróficos cutáneos* figuran entre los más frecuentes. El que más á menudo se observa es el *mal perforante*. Se designa con este nombre una lesión cutánea que empieza por un engrosamiento de la epidermis; poco á poco en su parte central se presenta una ulceración que va ganando en profundidad, y no tarda en afectar el dermis; en algunas ocasiones, esta ulceración llega hasta invadir las articulaciones y los huesos subyacentes; en estos casos, puede ser necesaria la amputación. No es raro, como lo han observado Tuffier y Chipault, que exista ya en el primer período del mal perforante una artropatía de la articulación más inmediatamente próxima (sobre todo de la articulación metatarso-falángica).

El sitio ordinario del mal perforante es la planta del pie en la articulación metatarso-falángica del dedo grueso, en ocasiones también del quinto dedo. El mal perforante puede existir en un pie ó en ambos; algunas veces hay varios en un mismo pie.

Sería erróneo creer que la ulceración del mal perforante gana siempre en profundidad, no es raro observar su curación espontánea, bajo la influencia del reposo, dejando entonces una cicatriz patente, rodeada por un engrosamiento de la epidermis; estas cicatrices son frecuentes en los tabéticos acogidos en los hospitales.

Según el mayor número de autores, el mal perforante depende de una alteración de los nervios cutáneos que lleva consigo la supresión de su acción trófica sobre la piel; pero no puede negarse que las influencias exteriores ejercen una importante acción sobre la producción de este fenómeno trófico, que no es en resumen más que un callo ulcerado; pero callosidad que es producida por la compresión ó contusión continuada que producen en la planta del pie la bipedestación prolongada, la progresión, el calzado basto, etc...; por esto es más común é intenso en las clases sociales pobres.

El mal perforante ha sido también observado en la mano (Peraire): conviene evitar el confundirle con la tabes y con la siringomielia; en efecto, en esta última afección, los fenómenos tróficos cutáneos son frecuentes en los miembros superiores. Hasta se le ha observado en la boca (Hudelo) (1).

Además del mal perforante, se han descrito otros trastornos tróficos cutáneos en la tabes, especialmente « la hiperproducción de la epidermis engrosada con hipertrofia de los cuerpos papilares y también á menudo de todo el espesor de la piel », cuyo fenómeno Ballet y Dutil (2), designan con el nombre

(1) Hudelo, Ulcère de la bouche d'origine tabétique. *Société de Dermatologie*, 18 Mayo, 1892.

(2) Ballet et Dutil, Note sur un trouble trophique, etc. *Progrès médical*, 1893, p. 379.