

cuando se comprime con los dedos, la coloración de la piel es pálida, las venas están dilatadas, no se observa ni rubicundez, ni calor, ni dolor, ni hay ninguna especie de apariencia inflamatoria. Además, la duración de este aumento de volumen es habitualmente mucho mayor que en las demás afecciones articulares, en algunas ocasiones es de algunos meses.

Los cambios de relación entre las superficies articulares son infinitamente más pronunciados que en ninguna otra artropatía, lo que obedece, en parte, á la tendencia destructiva de los huesos propia de esta enfermedad; de lo que resulta la producción de deformidades muy extraordinarias, así como de una movilidad articular anormal. Esta movilidad anormal es tan grande que en las articulaciones, en las que en los individuos sanos son apenas apreciables los

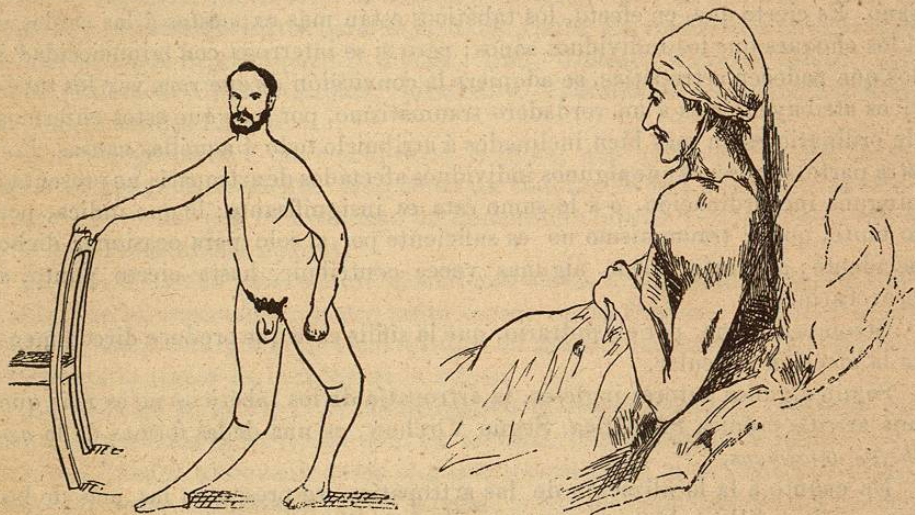


Fig. 90.—Artropatía tabética de ambas rodillas (según Dreschfeld).—Presenta el enfermo, de modo muy pronunciado, la deformidad conocida con el nombre de « genu recurvatum ».

Fig. 91.—Artropatía tabética reciente del hombro (colección Charcot).—Considerable aumento de volumen de la región escapular (es la misma enferma de la figura 92).

movimientos de lateralidad, en estos enfermos pueden retorcerse ó colocarse en ángulo recto con relación al eje del miembro, sin que experimenten dolor alguno.

Según Charcot, deben distinguirse dos formas de artropatía tabética: una *benigna*, en la que desaparecen todos los síntomas al cabo de algunos días ó pocas semanas; otra, *grave*, permanente, que da origen á la evolución de las alteraciones osteo-articulares que nos quedan por describir.

Estas se hallan caracterizadas, sobre todo, por la mayor ó menor destrucción del cartilago y de las extremidades óseas articulares. Dicha destrucción puede ser tan grande, que en una longitud variable desaparezcan enteramente las epífisis, como por una verdadera reabsorción; así es que puede aparecer la cabeza del fémur reducida sólo á la mitad (mitad superior) ó desaparecer del todo; hasta puede el cuello ser absorbido por completo y entonces no queda de su extremidad superior más que el gran trocánter. Las mismas alteraciones

se observan en las cavidades articulares: adelgazamiento y desaparición del cartilago, destrucción del tejido óseo subyacente y cuando como en la ca-

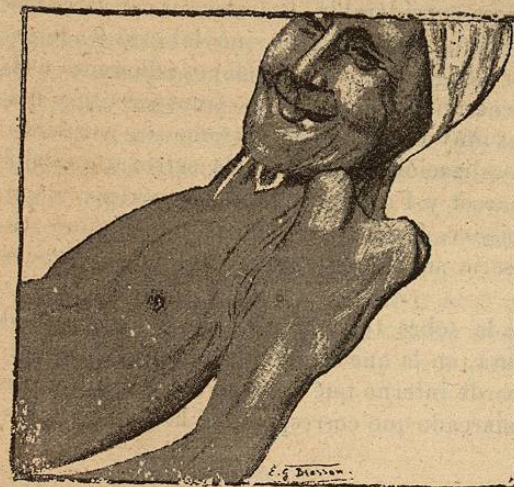


Fig. 92.—La misma enferma que la de la figura 91, en una época ulterior. La cabeza del húmero que ha perdido todas sus relaciones con el acromión viene á formar relieve bajo la piel y aparece por delante del ángulo del maxilar inferior.

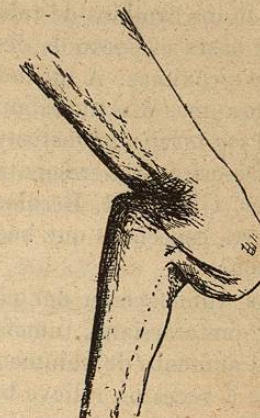


Fig. 93.—Artropatía tabética antigua de la rodilla (Colección Charcot). La misma enferma que en las figuras 91 y 92. La extremidad inferior del fémur avanza considerablemente por delante de la extremidad superior de los huesos de la pierna.

vidad cotoidea el fondo de la articulación tiene poco espesor, hasta la perforación de este.



Fig. 94.—A, fémur normal.—B, fémur en un caso de artropatía tabética. La cabeza articular de la extremidad superior ha desaparecido por completo, no queda más que el gran trocánter. Los cóndilos de la extremidad inferior han desaparecido también.—C, fémur en un caso de fractura tabética. La absorción de los fragmentos ha sido tan grande, que apenas si tiene la mitad de la longitud de un fémur normal (Colección Charcot).



Fig. 95.—Artropatía tabética coxo-femoral (Colección Charcot). La parte inferior A de la cabeza articular del fémur está completamente desgastada y ha desaparecido; no queda más que una superficie plana.



Fig. 96.—Artropatía del hombro (Colección Charcot). La cavidad glenóidea de la escápula casi no es visible, la cabeza articular del húmero ha desaparecido del todo.

En otros casos, al lado de estas lesiones atróficas de los huesos, se observa en algunas articulaciones (rodilla, codo) la producción de lesiones de tipo hi-

pertrófico, tales como formación de rodetes óseos, disociación aterciopelada del cartílago, aspecto ebúrneo del hueso, cuerpos óseos intra-articulares, etc.

En la cápsula, lo mismo que en los ligamentos intra-articulares, se observa una laxitud, una dilatación á veces considerable, en relación con la extensión de los cambios de relaciones intra-articulares. La sinovial está ó adelgazada, hasta el punto de desaparecer ó engrosada y más ó menos adherente á las partes próximas. A menudo contiene un derrame seroso, transparente y filamentososo más ó menos abundante, es muy raro que este derrame sea purulento.

El *pie tabético*, constituye una localización especial de la artropatía tabética. Descrito primeramente por Charcot y Féré, estudiado después por Page, Boyer, Chauffard, Bernhardt, Troissier, Pavlidès, etc., presenta algunos caracteres especiales que hacen necesaria su descripción aparte. Estos caracteres son:

La tumefacción del pie, marcada sobre todo al nivel de la articulación tarso-metatarsiana, tumefacción dura, en la que no queda señal por la presión;

El aumento de volumen de su borde interno que aparece redondeado y presenta á veces un relieve bastante marcado que corresponde á la apófisis del escafoides y á la primera cuña;

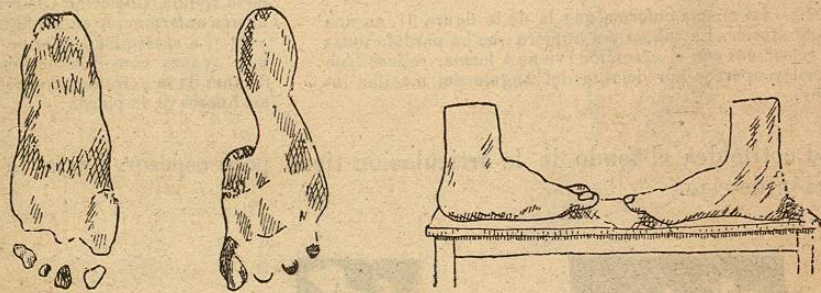


Fig. 97.—Huellas y perfiles de los pies de un individuo afectado de «pie tabético» del lado derecho.

El aplastamiento de la bóveda plantar, hasta el punto que no es raro que esté por completo plana ó hasta algo convexa; en cambio, en otros casos, el pie presenta una combadura exagerada «pie de mujer china» (Damaschino, Pavlidès).

Debe citarse también la desviación del metatarso hacia afuera; el acortamiento del pie de lo que resulta el aspecto «cúbico» que á menudo presenta este órgano; la inmovilidad de los diferentes segmentos del pie entre sí.

En ocasiones, los maléolos participan de las artropatías de los huesos del pie (Gaucher y Dufloq) (1); entonces aparece el empeine considerablemente ensanchado y engrosado.

La falta de dolores y de fenómenos inflamatorios se observan tanto en el pie tabético, como en las artropatías de las demás articulaciones; sin embargo, se ha observado en algunos casos alguna rubicundez y escasa elevación de temperatura.

(1) Gaucher et Dufloq, Arthropathie tibio-péronéo-tarsienne gauche tabétique. *Revue de médecine*, 1884.

Las lesiones del pie tabético dependen á la vez del proceso de las fracturas y del de las artropatías, todos los huesos del tarso y del metatarso tienen un aspecto esponjoso, una friabilidad y disminución en su peso inusitada, algunos de ellos están fracturados; las superficies articulares inferiores del astrágalo y del calcáneo están excavadas, desgastadas y presentan vegetaciones en sus bordes; en resumen, como dice A. Chauffard, «en el pie tabético hay más bien osteopatía que artropatía».

Los *trastornos tróficos de los tejidos fibrosos* comprenden no sólo las alteraciones de las cápsulas y ligamentos articulares, sino también las de los tendones; en efecto, en algunos casos se ha comprobado, en la tabes, roturas tendinosas que parecen estar bajo la dependencia de la lesión del sistema nervioso (Hoffmann, Lépine, Lowenfeld, etc.).

El tendón del cuadriceps femoral es el que está afectado las más veces; también pueden observarse en el tendón de Aquiles, alteraciones semejantes.

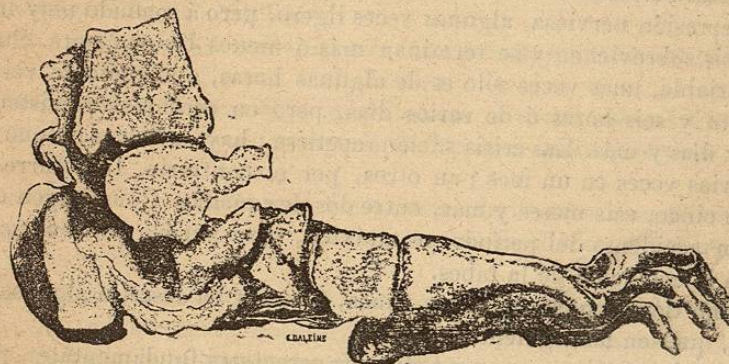


Fig. 98.—Artropatía tabética del pie. El calcáneo forma una verdadera excavación ósea adelgazada por debajo y adelante, en la que ha descendido el astrágalo (según Tuffier y Chipault).

Trastornos viscerales. — 1.º *Aparato digestivo.* — En el curso de la tabes pueden estar afectadas las diferentes partes de este aparato.

A) *Faringe.* — Se observan á menudo en la faringe trastornos de la sensibilidad (14 veces de 36, Fano). Consisten estos en anestesia ó en hiperestesia; el reflejo faríngeo unas veces está exagerado y otras disminuído.

Oppenheim ha descrito con el nombre de «crisis faríngeas» fenómenos que consisten en una serie de movimientos de deglución muy frecuentes (24 á 32 por minuto) acompañados de ruidos más ó menos sonoros. En el caso observado por Oppenheim, estas crisis duraban de diez minutos á media hora con cortos intervalos, eran muy molestas y al mismo tiempo se presentaba congestión de la cara y un sudor abundante.

Por último, Charcot (1) ha visto un tabético en el que existía un síndrome análogo al de la parálisis labio-gloso-laríngea.

Hasta ahora están poco conocidos los trastornos que puedan presentarse en las funciones del esófago.

(1) J.-M. Charcot, Le syndrome paralysie labio-glosso-laryngée progressive dans le Tabes. *Progrès médical*, 17 Junio 1893, núm. 24, p. 449.

B) *Estómago*.—Con independencia de los trastornos digestivos más ó menos pronunciados que pueden existir en el curso de la tabes y que no presentan nada de extraordinario, conviene estudiar especialmente los fenómenos denominados *crisis gástricas*.

Estas crisis gástricas fueron ya observadas desde los primeros tiempos del conocimiento de esta enfermedad (Topinard, Delamarre), pero su descripción se debe realmente á Charcot, que en ocasiones posteriores la ha completado y desarrollado.

En su aspecto típico está constituida la crisis gástrica por dolores muy violentos en la región estomacal, continuos ó intermitentes, pudiendo irradiarse en distintas direcciones. Además, se presentan vómitos incoercibles.

Los vómitos ofrecen múltiples aspectos; al principio son alimenticios, después viscosos y mucosos, á veces con estrias sanguinolentas; muy rara vez la sangre está en bastante cantidad para darles el color de poso de café.

En general se observa en los tabéticos afectados de crisis gástricas un estado de depresión nerviosa, algunas veces ligero, pero á menudo muy intenso.

Las crisis sobrevienen y se terminan más ó menos bruscamente. Su duración es variable, unas veces sólo es de algunas horas, á menudo de veinticuatro, treinta y seis horas ó de varios días, pero en ocasiones persisten hasta ocho, diez días y más. Las crisis suelen repetirse; hay enfermos en que se presentan varias veces en un mes; en otros, por el contrario, transcurre un intervalo de cinco, seis meses y más, entre dos de aquéllas. Constituyen con frecuencia un accidente del período pre-atáxico, pero pueden observarse en todos los de la evolución de la tabes.

Al mismo tiempo que esta forma típica, Charcot ha descrito algunas formas anómalas, que son las siguientes:

a) La crisis gástrica conserva todos sus caracteres fundamentales, pero los dolores son hasta tal punto violentos, que simulan un cólico hepático, nefrítico ó un envenenamiento.

b) La crisis va acompañada de un colapso tan grande, que todo ello se atribuye á la fiebre palúdica pernicioso, al cólera ó hasta á una enfermedad cerebral orgánica.

c) No hay vómitos, sólo existe muchas veces un dolor muy intenso, que sobreviene por accesos ó por lo menos con exacerbaciones. (Dolor en forma de calambre de Fournier.)

d) Por el contrario, no hay dolor, solamente se observan los vómitos, presentando por lo demás los caracteres propios de los de estas crisis gástricas (Vulpian, Pitres, Fournier).

e) Fournier describe una variedad flatulenta de crisis gástrica, caracterizada por la gran cantidad de gases expulsados por la boca.

f) Algunas crisis tienen una duración muy corta, excepcionalmente corta, á lo más de algunas horas; pero pueden aparecer todos los días (P. Blocq).

Por el contrario, puede prolongarse su duración quince, veinte días, un mes y aun más.

Fournier, además de estas crisis, describe en la tabes otro desorden gástrico, que designa con el nombre de *anorexia tabética*. Este trastorno, que no es frecuente, consiste en que el enfermo no percibe la sensación del hambre; al mis-

mo tiempo se presentan vomituraciones sin causa apreciable y por intervalos. El enfermo no se nutre, por decirlo así, experimenta una repulsión invencible hacia las carnes y no come ni bebe más que « por reflexión », porque la sensación de hambre se ha extinguido en él completamente.

Se han emitido diferentes teorías para explicar la producción de las crisis gástricas. Algunos autores las atribuyen un origen central, otros periférico. Entre ellas hay una que es muy interesante, la de Sahli (1). Según ésta, la crisis gástrica ó por lo menos un gran número de los fenómenos que la acompañan, dependen de la hipersecreción del jugo gástrico, con hiperacidez del mismo. Independientemente de los hechos relatados por Sahli, otros del mismo género han sido observados por Simonin, Rosenthal, Hoffman (2), etc., (3). Pero, como lo hace notar este último autor y Noorden (4), no están perfectamente establecidas las relaciones que existan entre estos trastornos secretorios intra-estomacales y las crisis gástricas; pudiendo haber tabéticos afectados de crisis gástricas violentas, que no presenten aumento, sino disminución de la acidez gástrica (P. Marie).

Cuando existe esa hiperacidez es más bien debida al ácido clorhídrico, y se ha encontrado también á veces ácido láctico.

En estos casos de hiperacidez, debe hacerse el diagnóstico diferencial con la gastroxynsis de Rossbach (gastroxia de Lepine, crisis gástricas esenciales de Debove).

C) *Intestino*.— Los desórdenes intestinales de la tabes han sido principalmente estudiados por Fournier. Este autor los divide en dos grupos principales:

α) El tenesmo intestinal, que consiste en la necesidad de efectuar la defecación, que, según dice Fournier, es notable por tres razones: 1.^a, su carácter imperioso (el enfermo no puede absolutamente contenerse, temeroso de ensuciar sus ropas); 2.^a, su frecuencia insólita (cuatro, seis, diez deposiciones en el día); 3.^a, la falta de causa. Cuando los enfermos van apresuradamente al retrete, apremiados por esa sensación, el excremento es escaso ó nulo. Estas defecaciones no van acompañadas de dolor ni de ninguna contracción espasmódica del esfínter, ni de sensación alguna de cuerpo extraño en el recto.

β) La diarrea tabética, que se observa á menudo en el período pre-atáxico (Fournier), es, pues, un fenómeno en general, precoz. Consiste en frecuentes deposiciones líquidas ó semi-líquidas, pero de ordinario muy poco abundantes; en general, esta diarrea es poco ó nada dolorosa, no va acompañada, por decirlo así, de cólicos. Según Fournier, los caracteres particulares de esta diarrea, son: 1.^o, la falta de causas; en efecto, aparece de un modo completamente espontáneo, sin que se pueda invocar, ni un exceso de régimen, ni la influencia del frío, ni ninguna otra causa; es por lo tanto, por decirlo así, una « dia-

(1) H. Sahli, *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1885.

(2) Hoffmann, *Beitrag zur Ätiologie, Symptomat. u. Therapie der Tabes*. *Arch. f. Psych.*, 1888, XIX.

(3) Soupault ha publicado (*Revue de Médecine*, 1893, p. 155) hace poco tiempo la observación de un tabético, que con motivo de sus crisis gástricas, presentaba una hipersecreción gástrica intermitente, análoga á la que se observa en la forma intermitente de la enfermedad de Reichmann.

(4) Noorden, *Zur Pathologie der Tabes (gastrische Krisen)*. *Charité Annalen*, 1890, p. 166.

rra esencial»; 2.º, su persistencia casi indefinida, hasta el punto de que puede durar dos, tres ó cuatro años, aun cuando presente intermitencias y exacerbaciones, siendo por completo impotente todo tratamiento.

También se observa algunas veces en los tabéticos la salida de sangre por el ano, debida á hemorragias intestinales. Estas hemorragias han sido recientemente estudiadas por Lerat (1), que ha podido reunir algunos casos de las clínicas de Féré y P. Marie, quien dice que, en estos casos, las hemorragias han coincidido siempre con los dolores fulgurantes ó de otra especie en la región rectal que, generalmente, han precedido á aquéllas, y también á menudo los dolores han disminuído en el momento de aparecer la hemorragia, haciendo además notar, que esta manera de ser de las hemorragias anales de los tabéticos concuerda con la descripción hecha por Straus de los equímosis cutáneos de esta enfermedad, que de ordinario van acompañados de dolores fulgurantes, que disminuyen ó desaparecen en cuanto se presentan aquellos equímosis.

Aparato respiratorio. — *A) Laringe.* — Los trastornos laríngeos son frecuentes y bastante variados en la tabes, por lo que Charcot ha propuesto englobarlos bajo la denominación de «laringismo tabético».

Las crisis laríngeas constituyen uno de los accidentes más singulares de este grupo. Fueron estudiadas primero por Fereol, más tarde por Charcot y Krishaber, Cherechewsky, etc. Están esencialmente constituídas por una disnea de un carácter especial, asociada ó no á quintas de tos.

Esta disnea es de intensidad variable, tan pronto muy violenta, hasta el punto de acompañarla un verdadero ictus laríngeo, como ligera y poco apreciable; unas veces es transitoria y otras de una duración bastante larga. En el curso de esta disnea, se observa que las inspiraciones son difíciles, como forzadas, y producen un ruido más ó menos fuerte, muy análogo al «cornage».

Cuando á la disnea se une la tos, esta última se presenta de ordinario en forma de quintas repetidas, que muchas veces simulan, hasta el punto de poder engañarnos, la tos, por sacudidas de la coqueluche.

Las crisis laríngeas, según los individuos, tienen una duración que varía desde algunos minutos ó algunas horas, hasta varios días; hay algunos enfermos que se encuentran de un modo contínuo en un estado de «laringismo crónico», en cuyo curso sobrevienen de cuando en cuando exacerbaciones en forma de crisis laríngeas completas.

Por alarmantes que puedan ser los accidentes disnéicos que en algunas ocasiones acompañan á las crisis laríngeas, en general puede decirse que éstas terminan de un modo favorable; de pronto, ó poco á poco, desaparecen esos accidentes y renace la calma; sin embargo, en algunos casos ha sobrevenido la muerte en el curso de una de estas crisis.

Gerhardt (*Berl. Klin. Wochenschr.*, número 16, pág. 369, 1893), dice que á veces se pueden contener las crisis laríngeas tabéticas con la cocainización de la mucosa nasal. Por mi parte, no he tenido ocasión de comprobar ese hecho; pero en vista de los excelentes resultados que he obtenido en la experimentación en los animales (cocainización de la mucosa nasal antes de la cloro-

(1) Lerat, Contribution à l'étude des hémoptysies, et des hémorrhagies par l'anus, liées aux crises douloureuses thoraciques et rectales de l'ataxie locomotrice progressive. Thèse de Paris, 1891.

formización en el perro), me siento inclinado á creer que esa medicación puede ejercer un efecto favorable, no sólo en las crisis laríngeas tabéticas, sino además en algunas disneas nerviosas.

Según algunos autores, la causa inmediata de estas crisis debe ser atribuída á la parálisis de los músculos de la laringe, especialmente la de los dilatadores de la glotis. Según Charcot y Krishaber, son debidas á la contractura refleja de los labios de la glotis, consecutiva á una hiperestesia de la mucosa de la laringe, habiendo podido provocar estos autores esas crisis tocando la mucosa laríngea con un cuerpo romo. Oppenheim ha podido también provocarlas comprimiendo un punto sensible situado entre el externo-mastoideo y la laringe, á la altura del cartílago cricoides; pero no parece que existe ese punto sensible en todos los tabéticos afectados de crisis laríngeas.

De cualquier modo que se juzgue el mecanismo de producción de estas crisis, es cierto que las *parálisis laríngeas* (1) son bastante frecuentes en la tabes. La que se observa más á menudo es la del músculo crico-aritenoideo posterior, dilatador de la glotis; esta parálisis las más de las veces es bilateral, de lo que resulta la producción del «cornage» por falta de abducción de las cuerdas vocales durante la respiración. El tiro-aritenoideo, el crico-aritenoideo lateral, pueden también estar afectados por la parálisis, pero con menor frecuencia é intensidad que el crico-aritenoideo posterior.

A consecuencia de estos trastornos motores de la laringe, además de la disnea y del cornage de que se ha tratado, sobrevienen modificaciones de la voz que se vuelve desafinada, enronquecida, bitonal.

Algunos autores dicen que han observado la ataxia de las cuerdas vocales y la comparan á la de los movimientos de los miembros.

Los distintos fenómenos del laringismo tabético parece que son ocasionados por las alteraciones de los nervios bulbares, pneumogástrico, espinal, glosa-faríngeo; también algunas veces se ha visto la atrofia de los núcleos bulbares de esos nervios (Jean, Demange, Landouzy y Dejerine, J. Ross Kahler, Oppenheim, etc.), por último, Ross y Oppenheim, han llamado la atención sobre la lesión de la raíz ascendente del sistema mixto lateral (*fasciculus solitarius*), cuyas fibras pueden estar completamente destruídas.

En cuanto al pulmón, si es que existen trastornos morbosos en este órgano, en el curso de la tabes, no son aún conocidos. Sin embargo, se pueden citar las hemoptisis estudiadas por Lerat, que ha observado—como queda dicho al tratar de las hemorragias anales—que acompañan á los dolores fulgurantes y á los «en forma de cinturón» del tórax y que coinciden con su desaparición. Claro es que estas hemoptisis no tienen nada que ver con las de la tuberculosis, que á veces aparecen en los tabéticos en el período terminal. Goldflam (2), ha observado en la tabes una tisis fibrosa, que en su opinión, no es más que una de esas tisis sifilíticas descritas por Virchow, Fournier, Lancereaux, etc.

Alteraciones morbosas del aparato urinario. — A consecuencia de los trastornos de la nutrición general, la composición de la orina está modificada con

(1) R. Dreyfuss, Die Lähmungen der Kehlkopfmusculatur im Verlaufe der Tabes dorsalis. *Virchow's Archiv.*, t. CXX, 1890.

H. Burger, Les troubles laryngés dans le tabes dorsal, Leyde, 1891.

(2) Goldflam, *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1892, p. 252.