

formo establecen que al período de coma ó de colapso le preceden siempre una rigidez general y un movimiento espasmódico involuntario, que es una verdadera convulsion, pero sin consecuencias. Sin embargo, en algunos individuos, en las mujeres en particular, se producen verdaderas convulsiones, tanto durante el sueño, como pasada la anestesia.

No terminaríamos si quisiéramos dar la lista de todos los venenos convulsivos. Solo citaremos los principales.

Todo el mundo sabe que la estricnina y todas las sustancias que contienen este álcali vegetal (estricneas, nuez vómica, haba de San Ignacio, falsa angustura, etc.), producen contracciones tónicas, dolorosas de las mandíbulas, de los brazos, de las piernas y de los músculos de la columna vertebral; que esta acción, elevada á su mayor grado, puede simular el tétanos, y que es su terminación frecuente la muerte. Se sabe también que esta acción es propia de los venenos asiáticos, y que es opuesta á la de los americanos (*curare* y sus variedades), que producen una debilidad gradual sin reacción muscular. Esta acción ha sido tan bien estudiada por todos los terapeutas, que los recomendamos para adquirir más detalles.

La mayor parte de los narcóticos y de los narcótico-ácres (opio, tabaco, beleño, yerba mora) producen convulsiones. La belladona se distingue de los demás en esto, produciendo un estado tetánico de las mandíbulas, y convulsiones clónicas de las extremidades.

Refiriéndonos todavía á la memoria de Braun (*Des convulsions urémiques*), para hallar una detallada indicación de las sustancias que pueden producir convulsiones, se encuentra la enumeración de una porción de envenenamientos de que los médicos franceses se ocupan muy poco quizá con justa razón; tales son el argirismo, el estibismo, el cuprismo, el oxalismo, el hidrocianismo, etc.

Debemos hacer una importante advertencia acerca de los envenenamientos, y es que se han hecho extensivos al hombre los experimentos verificados en los animales, y los resultados obtenidos en los experimentos de laboratorio. Los animales en que se opera, perros, conejos, etc., son atacados de parálisis, temblores, convulsiones, en muchas circunstancias en que no se presentan en el hombre; de modo que es necesario siempre, en los experimentos, conocer la importancia de esta susceptibilidad, y no atribuir á un veneno un efecto de la impresionabilidad particular del animal.

Se reconoce también la propiedad convulsiva de la mayor parte de los venenos, y especialmente de la baba de los perros rabiosos y del veneno de las culebras. No describiremos sino las convulsiones de la rabia, tanto por ser la única de estas intoxicaciones de que tene-

mos datos precisos, como por ser digna de interés en nuestras comarcas.

Por último, las convulsiones sobrevienen en la asfixia, en el envenenamiento por el ácido carbónico, el gas del alumbrado, el gas de las letrinas, de los pozos, de las minas, etc., etc. Hemos publicado la relación de la asfixia por el ácido carbónico, en toda una sala de enfermos del hospital de San Luis, los que, en medio de los accidentes más variados, presentaron muchas convulsiones (1).

Rabia.—Un individuo mordido por un perro rabioso ó inoculado accidentalmente con la baba del animal, permanece bien durante quince días ó un mes, comenzando después á experimentar malestar, inapetencia, tristeza y vaga inquietud; acusa dolor algunas veces en el punto inoculado, sintiendo después cefalalgia y apretamiento de las sienas y de las mandíbulas.

Se presentan después las convulsiones que caracterizan el segundo período; los enfermos tienen entonces disnea, dan suspiros, se quejan de ansiedad precordial ó epigástrica; tienen sed y piden de beber, pero no pueden pasar los líquidos del istmo de las fauces que se contrae á su contacto, inspirando en algunos la vista solo de los líquidos repugnancia y horror (hidrofobia); sucediendo lo mismo con los objetos pulimentados y brillantes, cualquiera que sea su naturaleza. Este miedo, este horror á las bebidas se acrecienta y va seguido de convulsiones verdaderas. Pueden ser estas ó tónicas ó clónicas, no teniendo caracteres bien determinados; unas veces pierden los enfermos el conocimiento y se remueven con energía; otras conservan la inteligencia y se ponen furiosos, cayendo algunas veces en un estado tetánico bien manifiesto. Estas convulsiones duran algunos minutos, y van seguidas de la aparición de la inteligencia y de los movimientos voluntarios; pero se renuevan espontáneamente ó cuando quieren beber. En los intervalos lúcidos los enfermos tienen una expulción casi continua. No nos detenemos en el deseo de morder, en los caracteres atribuidos á la voz, en las pústulas líscas de la parte inferior de la lengua, por ser síntomas imaginarios.

La reunión de estos síntomas, aun con la ausencia de todo dato etiológico, será suficiente, si no para establecer el diagnóstico de la hidrofobia, al menos para adquirir dudas muy probables de su existencia.

Se han citado casos de *hidrofobia espontánea* determinada por el miedo, la imitación ú otra causa, que presentan los síntomas dichos, pero que tienen una terminación menos grave. Estos casos son muy

(1) V. Raclé, *Moniteur des Hopitaux*, 1.º de noviembre 1833.

dudosos. Se refiere, sin embargo, el caso siguiente: dos hermanos fueron mordidos por un perro rabioso, y uno de ellos murió de hidrofobia al cabo de un mes; el otro hermano que había hecho un largo viaje é ignoraba la muerte de su hermano, volvió despues de veinte años; supo entonces lo que había sucedido, y tuvo un acceso de hidrofobia del que curó con felicidad.

Intoxicaciones crónicas.— No describirémos sino dos envenenamientos lentos en los que se observan convulsiones: estas son la intoxicación por el plomo y la del cornezuelo de centeno. La primera ha tomado el nombre de epilepsia saturnina, la segunda el de ergotismo convulsivo.

Epilepsia saturnina.— Los accidentes cerebrales producidos por el plomo, tienen, como lo ha demostrado el primero M. Grisolle⁽¹⁾, tres formas distintas: la delirante, la convulsiva y la comatosa. Algunas veces están ligadas estas tres formas y no constituyen sino los grados de un mismo mal; pero otras veces son completamente distintas. Hemos visto un pintor jóven que había padecido muchas veces el cólico, y que fué conducido al Hotel-Dieu en un nuevo ataque de esta afección. En el momento de su entrada presentaba un delirio furioso; rompió los lienzos de la camisola de fuerza, tiró los muebles que había en la alcoba donde se le había dejado solo, é intentó suicidarse golpeándose la cabeza con una vasija de estaño de dos libras de peso, pero sin presentar ningun ataque convulsivo. Una sangría y purgantes enérgicos y repetidos apaciguaron y curaron los síntomas. Algunas veces los accidentes cefálicos se presentan en sujetos que no han tenido otra afección saturnina; pero sucede lo contrario en la mayoría de los casos.

La forma convulsiva presenta los siguientes fenómenos:

El enfermo que ha tenido uno ó muchos cólicos (importante circunstancia para el diagnóstico) y es acometido, sea en la mas completa salud, sea durante un nuevo ataque, de dolor de cabeza, despues delirio, presenta en el momento, ó cuando menos se espera, una explosión convulsiva.

Los primeros ataques se parecen comunmente al vértigo epiléptico; los enfermos caen y pierden pasajeramente la inteligencia y el sentimiento, presentando algunas convulsiones ligeras, y prolongándose el estado de insensibilidad general más que en la epilepsia ordinaria. Cuando los enfermos recuperan los sentidos, están atontados, conservando algunas veces un poco de delirio. Es raro que haya un

(1) Grisolle, *Essais sur la colique de plomb* (Arch. gén. de médecine, 2.^a Serie. t. IX. y XI).

solo ataque, generalmente son varios, y se suceden por intervalos largos al principio, y cortos despues. Por último, se observan convulsiones muy parecidas á las de la epilepsia, pero que duran mas tiempo. Hemos visto algunos casos en que nada falta á esta semejanza, ni el grito que da el epiléptico cuando cae, ni las convulsiones de la cara, ni la suspensión de la respiración, ni el coma consecutivo, ni la respiración estertorosa. En seguida de estos accidentes caen los enfermos en una resolución completa ó en un delirio furioso. Los ataques se reproducen con mucha frecuencia, y algunas veces se hacen subintrantes, muriendo los enfermos al cabo de tres dias, dos, y algunas veces mas pronto todavía, y como aniquilados por la violencia de las convulsiones. Algunos enfermos se curan sin conservar predisposiciones á nuevos ataques de epilepsia, quedando otros amauroticos, paralíticos de los miembros, etc.

Ningun carácter, deducido de los mismos síntomas convulsivos, puede hacer suponer la causa de las convulsiones. Se deberán adquirir, pues, todos los datos posibles cuando se vea un ataque de epilepsia en un individuo que no los padece habitualmente. La mayor duración de los ataques, su reaparición por intervalos, el coma ó el delirio que ocupa los intervalos, deben siempre llamar la atención, porque semejantes accidentes no se presentan en las epilepsias verdaderas y recientes. El doctor Augusto Ollivier ha encontrado en muchos casos orinas albuminosas en los saturninos. Sin ser nunca tan considerable la cantidad de orina como en la enfermedad de Bright, puede ser sin embargo tan notable que llegue á hacernos pensar si la uremia tendrá alguna parte en la patogenia de las convulsiones saturninas.

Ergotismo convulsivo. Enfermedad cereal. Rafania.— Las convulsiones del ergotismo no tienen ningun carácter particular; toman algunas veces la forma epiléptica, y otras la clónica; algunas son parciales, consistiendo sea en un simple trismus, sea en una contracción permanente y enérgica de los músculos flexores de las piernas ó de los brazos. Los enfermos tienen vivos dolores en los músculos afectados; se quejan de cefalalgia, de aturdimiento, de amaurosis; sobreviene también delirio, rara vez fiebre. Los accidentes se curan pronto, pero dejan parálisis, sea en los músculos, sea en los órganos de los sentidos, ó un temblor mas ó menos general. La duración del ergotismo convulsivo es siempre larga, de dos á doce semanas. El diagnóstico se deduce de las siguientes circunstancias: ausencia de fenómenos cefálicos bien pronunciados, la enfermedad se presenta despues de los años húmedos y lluviosos en los campesinos pobres que viven generalmente de cereales mezclados con centeno, y tal

vez de una especie del *raphanus* (Linneo), y por último, hay en la localidad una endemia de accidentes convulsivos y gangrenosos.

No nos olvidaremos de mencionar entre las intoxicaciones las que resultan de los miasmas palúdicos. Existe una forma de fiebre perniciosa que recibe el nombre de convulsiva, que es en verdad una de sus mas raras variedades, pero que es necesario no olvidar su existencia cuando se asisten enfermos en comarcas pantanosas.

Alteraciones de los líquidos de la economía, y de la sangre en particular — Para ser lo mas completos posible en la enumeracion de las causas de las convulsiones, no debemos olvidar las alteraciones de la sangre; estas alteraciones son de dos órdenes: las que resultan de alteraciones en la proporcion de las partes constituyentes de la sangre, y las que provienen de la introduccion de principios extraños en este líquido. Ya hemos citado, hablando de los envenenamientos, la mayor parte de las causas de las convulsiones que provienen de este último origen; no las repetiremos. Quédanos, pues, por señalar en pocas palabras, la influencia de las causas del primer orden.

Todos los médicos han reconocido la influencia de las alteraciones en la composicion ó la cantidad de la sangre, en la produccion de las convulsiones. Sin embargo, los resultados pueden reducirse á los siguientes hechos. Si se hace morir por hemorragia á un animal, se ve que en la proximidad de la muerte sobrevienen convulsiones, estableciendo un gran número de hechos que no son el resultado del dolor, ni de otra influencia, sino de la sustraccion de la sangre y de una especie de anemia cerebral; puesto que si se introduce nuevamente en los vasos la sangre extraida, ó si se la reemplaza simplemente con agua, cesan las convulsiones. Recordaremos tan solo que algunas veces se presentan las convulsiones á consecuencia de la sangría. Si se produce en un animal la anemia ó la cloro-anemia por sangrías sucesivas que hagan acuosa la sangre, se verá que se establecen las convulsiones y que se hacen mas fuertes cada vez. Estos hechos bastan para explicar la comun manifestacion de las convulsiones en la clorosis, en la anemia, y á consecuencia de las hemorragias, etc., etc. Todas las causas de deplecion del sistema circulatorio ponen en juego el sistema nervioso, y recíprocamente, de donde viene el conocido aforismo: *Sanguis moderator nervorum*.

Hemos terminado la larga série de las causas de las convulsiones; no podemos, sin embargo, abandonar este asunto, sin considerar este accidente en los niños en particular.

Convulsiones de los niños. — Este síntoma es mucho mas frecuente en la infancia que en cualquier otra epoca de la vida. Así los médicos que se ocupan de los enfermedades de los niños consagran largo estudio á las convulsiones.

Cuando se ve un niño atacado de convulsiones, lo primero que hay que averiguar es saber si son sintomáticas de una enfermedad cerebral ó si son simplemente simpáticas.

Es cuestion de la mayor importancia el no atribuir desde luego las convulsiones á una lesion encefálica. Se puede afirmar que las convulsiones sintomáticas son mucho menos frecuentes. De todas los enfermedades que las producen la mas frecuente es la meningitis tuberculosa. La hemorragia meníngea, la meningitis simple, son mucho mas raras, y Rilliet y Barthez⁽¹⁾ hacen notar que la meningitis sin complicacion tuberculosa encefálica no presenta nunca convulsiones en su principio. Se sabe además que la meningitis tuberculosa se presenta por lo comun en los niños de dos á siete años. Las convulsiones dependientes de una meningitis, tuberculosa ó no, no presentan nada que las distinga de las procedentes de otra causa. La repeticion, el estado semi-comatoso del enfermito en el intervalo, la irregularidad del pulso, en fin el conjunto de los síntomas de la meningitis y el estudio de los antecedentes guiarán al médico, el que solo presentará el diagnóstico en estos casos con gran reserva.

En efecto puede decirse que todo puede determinar convulsiones en los niños. Nos bastará examinar las principales circunstancias en las que se producen. — De todas las causas la mas frecuente es la primera denticion y sobre todo la denticion difícil. La mayor parte de las enfermedades febriles y especialmente las fiebres eruptivas provocan en el período de invasion convulsiones en los niños. Una simple indigestion, el estreñimiento, un dolor algo intenso determinan convulsiones. La presencia de lombrices intestinales las produce con frecuencia.

Es necesario no admitir desde luego la idea de una lesion cerebral ante un niño atacado de convulsiones, porque seria frecuente incurrir en error. Es necesario investigar si existe alguna de las causas antes indicadas sobre todo cuando las convulsiones aparecen de pronto en un niño hasta entonces bueno; cuando el enfermito se reacciona bien entre los ataques, cuando despues del accidente no queda ni parálisis, ni coma, ni resolucion, cuando la fiebre es intensa y parece franca, cuando existen síntomas de enfermedad aguda, etc.

(1) Rilliet y Barthez, *Traite clinique et pratique des maladies des enfants*. 2.^a edition.

X.—DE LA CONTRACTURA.

Se conoce con este nombre la contraccion muscular permanente, dolorosa por lo comun, que invade uno ó muchos músculos de la vida de relacion, y algunas veces los de la vida orgánica. En el primer caso, esta contractura es completamente involuntaria, y en el segundo no se manifiesta sin ser excitada por las causas habituales de la contraccion de las vísceras en que se encuentra.

No debe confundirse este estado con las convulsiones tónicas, ni con las retracciones musculares. En los casos de convulsiones tónicas, hay siempre por intervalos una relajacion completa ó casi completa de los músculos, y además que las convulsiones tónicas (epilepsia, tétanos) son casi siempre generales y mas ó menos acompañadas de fenómenos clónicos, mientras que la contractura propiamente dicha está siempre limitada á un pequeño número de músculos, no va acompañada de convulsiones reales, y es permanente. La retraccion muscular consiste en un estado de acortamiento de los músculos ó de los tejidos fibrosos que entran, en su composicion; pero la fibra muscular no está por esto en un estado de contraccion permanente. En este caso, no pueden alargarse los músculos sin desgarrarse, mientras que están extensibles en la contractura propiamente dicha. Sin embargo, la contractura permanente determina su retraccion de los músculos, de lo cual se presentan ejemplos en los enajenados.

La contractura ocupa algunas veces un solo músculo, generalmente muchos; es comun en los miembros y en el tronco; se la ve ya en los miembros inferiores, ya en los superiores, y algunas veces en unos y otros á la vez. Es mucho mas frecuente en el brazo y en los dedos que en los miembros inferiores; sobreviene algunas veces en los músculos atacados de parálisis, pudiendo ser entonces poco extensa, aunque la parálisis ocupe una gran parte del cuerpo. Su invasion es algunas veces brusca, y entonces casi siempre dolorosa, dando lugar en este caso á lo que vulgarmente se llama *calambre*; pero otras veces se establece lentamente y sin dolor, de tal modo que los enfermos no se aperciben de ella, y se sorprenden cuando echan de ver que uno de sus miembros tiene una rigidez que le impide los movimientos amplos. Las contracturas musculares tienen una variable duracion, exacerbaciones y remisiones incompletas.

La contractura resulta evidentemente de una influencia que excita continuamente la contractilidad muscular. Esta influencia puede tener diversos puntos de partida. Al estudiarlos, expondremos los caracteres y el valor diagnóstico de este fenómeno.

Enfermedades en que se presenta la contractura.— Valor diagnóstico.

La contractura es un accidente limitado algunas veces únicamente á los músculos en que se manifiesta, tal es lo que sucede en el cólera por ejemplo; se ven entonces calambres de los músculos de los muslos, del antebrazo, del tronco, de las paredes del abdomen, y que hasta ahora no se han referido á ninguna lesion del sistema nervioso. Estas contracturas son muy dolorosas; su invasion brusca, su marcha rápida; nada mas fácil, en presencia de los demás síntomas concomitantes, que referirlos á su verdadera causa.

Algunas veces el punto de partida está en los troncos nerviosos: así es que se ve la contractura en la herida y picadura de un nervio, y por la presencia de un tumor situado en su trayecto; hemos visto, á consecuencia de una sangría, establecerse bruscamente una contractura en todos los músculos flexores de la mano y de los dedos: esta contractura fué probablemente el resultado de la lesion del nervio mediano; el enfermo salió del hospital, y no hemos sabido si se curaria; pero sabemos que el accidente duró muchos dias sin disminuir. En oposicion á esto, la seccion de un nervio paraliza cierto número de músculos, sucediendo que los antagonistas se contraen de un modo permanente, resultando otro género de contractura.

Este síntoma se presenta en muchas afecciones del cerebro. Se le encuentra con frecuencia en algunas especies de meningitis en la cérebro-espinal, en la hemorragia meníngea de los niños y de los viejos; en la encefalitis espontánea y en la que sobreviene á consecuencia de las contusiones del cerebro; no se manifiesta casi nunca en la hemorragia de la pulpa cerebral; pero se ha demostrado hace pocos años (F. Boudet) que es un síntoma casi constante de la hemorragia de los ventrículos cerebrales: este síntoma es tan verdadero, que cuando á los síntomas de una apoplejía se une la contractura, se puede suponer que el foco se ha establecido en los ventrículos: esta suposicion se confirma casi siempre por la inspeccion directa. En verdad que el mismo fenómeno se repite cuando sobreviene una encefalitis alrededor del foco hemorrágico; pero el diagnóstico es generalmente fácil, porque esta inflamacion es siempre tardía, mientras que la abertura de una caverna sanguínea en un ventrículo se hace siempre en una época próxima al principio; además que la encefalitis se anunciará por síntomas de agudeza, tales como fiebre, delirio, vómitos, etc.

En el reblandecimiento cerebral verdadero, y designamos así el

que sucede á las obliteraciones vasculares, la contractura rara vez se presenta al principio. La asercion contraria de Lallemand parece completamente errónea.

Independientemente de las contracturas que sobrevienen en las enfermedades precedentes y que constituyen un síntoma de invasion, ó por lo menos de los primeros dias, existen *contracturas tardías*, cuya significacion patológica es del todo diferente. Estas se presentan á consecuencia de algunas *enfermedades cerebrales*, con foco (hemorragia, reblandecimiento, tumores); aparecen generalmente dos, tres ó cuatro meses despues del ataque apoplético ó la aparicion de otros síntomas característicos de una lesion cerebral localizada; invaden primero los miembros superiores, extendiéndose despues á los inferiores. Al principio poco intensas, acaban estas contracturas por producir una rigidez absoluta de las partes que ocupan, y siguiendo el predominio de accion de tales ó cuales músculos, los miembros quedan inmóvilizados en la flexion ó en la extension. Su duracion es siempre muy larga y aun indefinida, y de aquí el nombre de *contracturas permanentes* que se les ha dado.

Iguales fenómenos se presentan en las *enfermedades de la médula*, cuando un segmento de este órgano se ha destruido (mielitis parciales, compresion de la médula por tumores ó vértebras dislocadas): la contractura se limita en estos casos á los miembros inferiores, y su evolucion es la misma que en las enfermedades cerebrales.

¿Cuál es la razon anatómica de la contractura en las enfermedades que hemos citado? Resulta de los trabajos de Ludwig Turck, Charcot, Vulpian y Bouchard (1), que debe atribuirse á la esclerosis consecutiva descendente, que, partiendo del foco cerebral ó medular, se propagan del centro á la periferia, siguiendo el trayecto de las fibras motrices, y ocupan en la médula la parte posterior de los cordones laterales; la inflamacion crónica (esclerosis) de esta parte de la médula parece ser la lesion propia de la contractura permanente.

Tambien se observa la contractura permanente de las extremidades en la *histeria*, y se presenta con caractéres análogos á los que se observan en las contracturas dependientes de enfermedades cerebrales ó espinales. Se distingue, sin embargo, en que su principio es brusco y en que es susceptible de curar tambien de pronto; en que va acompañada ordinariamente de anestesia completa de las partes en contractura, que ha ido precedida de otros accidentes de

(1) Consúltese: Charcot, *Leçons cliniques*, 1870. — *Mouvement médical*. Bouchard, *Arch. gén. de méd.*, 1866.

histeria grave, etc. La contractura histérica se refiere sin duda á una lesion de los cordones laterales. M. Charcot ha encontrado en un caso ya antiguo una esclerosis de esta parte de la médula.

La contractura parece demostrada en los casos de agenesia cerebral; se ha observado once veces en otras tantas observaciones.

Dance ha descrito en 1831 una enfermedad que ha denominado *tétanos intermitente*, conocida con el nombre de contractura de las extremidades. Delpech la ha estudiado con el nombre de espasmo muscular idiopático (1); Corvisart con el de *tetania*, nombre que le ha conservado Trousseau (2). La tetania se observa con mas frecuencia en los niños y en las mujeres, sobre todo durante la lactancia. Los hombres son rara vez afectados.

M. Trousseau admite una forma ligera y otra grave. En la primera, el tétanos ocupa un grupo de músculos, con frecuencia la de la mano. Esto produce un aspecto característico; el pulgar se dobla sobre la palma, y los dedos, alargados, imitan la forma en que lo coloca el tocólogo cuando lo introduce en la vagina. Los dedos de los piés pueden presentar tambien contractura, la cara plantar se ahueca y la punta se endereza de pronto. Todos los músculos pueden participar de la afeccion. En la forma grave, la contractura se generaliza, los accesos se suceden; los músculos de la faringe y de la laringe se ponen tetánicos, y de aquí resulta una verdadera asfixia. La muerte sobreviene en los accesos de tetania graves.

La enfermedad procede por accesos que duran generalmente de cinco á quince minutos, sucediéndose durante muchos dias y aun meses enteros. La invasion y la terminacion de los accesos se anuncia por hormigueo, por una sensacion de impotencia muscular. Segun Trousseau, basta ejercer una compresion poco enérgica sobre el trayecto de los vasos y de los nervios de los miembros afectos para reproducir los accesos á voluntad.

En la inmensa mayoría de los casos la enfermedad termina felizmente. La forma grave puede confundirse con el tétanos. Pero se observa que este comienza por el trismus y ataca los músculos del tronco, invadiendo los miembros en último lugar. El punto de partida del tétanos es por lo general un traumatismo, lo que no se observa en la *tetania*.

Tambien referiremos á estas contracciones idiopáticas la que ha recibido el nombre de *calambre de los escribientes*. Consiste, como su nombre hace suponer, en una contractura de los dedos que co-

(1) Delpech, *Tesis*, 1846.

(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hotel-Dieu*, 4.ª edic., 1875, t. II.

gen la pluma, contractura que se prolonga despues de mas ó menos tiempo, á veces una hora ó más, y se produce cuando el enfermo vuelve á tomar la pluma (1).

XI—DE LA ATAXIA.

Se designa con este nombre el desórden ó falta de coordinacion de los movimientos voluntarios (Bouillaud). Para mayor precision deberia llamarse *ataxia del movimiento*, porque la palabra ataxia se ha empleado para designar fenómenos muy diversos, ya de alteraciones de funciones normales, ya de accidentes insólitos, sobrevenidos en el curso de una enfermedad, ya el predominio de alteraciones nerviosas en ciertas fibras (fiebres atáxicas de Pinel). Nosotros no consideramos aquí sino la abolicion en la coordinacion de los movimientos voluntarios. Así entendida, la ataxia es un síntoma que puede observarse en muchos y diferentes estados morbosos.

Las condiciones patogénicas de la ataxia no están aun perfectamente determinadas, á pesar de las tentativas que se han hecho para explicar este síntoma. No trataremos aquí este objeto tan complejo, y remitiremos al lector á los notables trabajos de Jaccoud (2), Duchenne (3), en que la cuestion se estudia convenientemente. Bastará que recordemos que en las condiciones normales los movimientos mas sencillos en apariencia no se constituyen por la contraccion de un solo músculo, sino por la asociacion de cierto número de acciones musculares que concurren, sea á producir el movimiento, sea á moderarle (asociaciones musculares impulsivas, asociaciones musculares antagonistas, Duchenne); esta armonía es la que aparece destruida en los casos de ataxia, y resulta que los movimientos son desordenados, irregulares é incoherentes.

Lo que precede basta para distinguir la ataxia del movimiento de algunas otras alteraciones musculares que pueden simularla. Así, ciertas parálisis parciales alteran los movimientos, haciendo notar que la accion propia de ciertos músculos se hace imposible, no pudiendo verificar sus movimientos respectivos; lo que no constituye incoordinacion propiamente hablando. Además la convulsion no difiere menos de la ataxia; puede producirse en estado de reposo y fuera de todo movimiento voluntario, lo que será, segun la expresion de Jaccoud, una ataxia del reposo y no una ataxia del movimiento.

(1) Duchene (de Boulogne), *De l'électrisation localisée*, 5.^a edic., p. 957.

(2) Jaccoud, *Les paraplegies et l'ataxie du mouvement*. Paris, 1861.

(3) Duchenne (de Boulogne), *Physiologie des mouvements*. Paris, 1867, p. 73.

Los caracteres de la ataxia muscular varían sensiblemente en las diversas enfermedades en que se observa este síntoma, y solo se indican de un modo general; las únicas particularidades comunes á todos los movimientos atáxicos están comprendidas en la misma definicion, esto es, que el desórden solo se manifiesta en el ejercicio de los movimientos voluntarios, y que consiste en una falta de armonía en los diferentes actos que le constituyen. De aquí alteraciones muy diversas, sobre las que no insistiremos por el momento, porque las encontraremos en su complemento y en el máximo de su desarrollo en la esclerosis de los cordones posteriores de la médula.

Enfermedades en que se observa la ataxia.—Valor diagnóstico.

La ataxia se presenta en ciertas enfermedades de la médula, quizá en algunas enfermedades del encéfalo, y especialmente del cerebelo, en el histerismo, y, en fin, como epifenómeno en algunas enfermedades generales, ó á consecuencia de enfermedades que han ejercido una accion profunda en la economía.

Esclerosis de los cordones posteriores de la médula.—Ataxia locomotriz progresiva.—Esta enfermedad se ha descrito tambien con los nombres de *tabes dorsalis* (Romberg), *mielitis espinal posterior*, etc. La ataxia muscular es el síntoma dominante; pero con frecuencia este síntoma, que caracteriza clinicamente la enfermedad, va precedido de muchos otros fenómenos, como las parálisis permanentes ó transitorias de los músculos del ojo, y de aquí el estrabismo, y con frecuencia ambliopia, procedente de la atrofia del nervio óptico. Por otra parte hay dolores de carácter especial, que hemos indicado antes con el nombre de dolores fulminantes (V. Duchenne). Despues de un espacio que puede variar desde algunos meses á algunos años, aparece la ataxia, empezando por los miembros inferiores y extendiéndose progresivamente al tronco y á los miembros superiores. Por lo comun las primeras alteraciones motoras sentidas por los enfermos son: ó bien una dificultad muy grande en la progresion en la oscuridad, ó bien fatiga mas ó menos grande en la marcha; pueden atribuirse estas alteraciones en el primer caso al auxilio que presta la vista para la ejecucion de los movimientos; en el segundo, á que la intervencion necesaria y continúa de la atencion no puede reemplazar sin fatiga el automatismo ordinario de la locomocion. Si se examina entonces el estado de la motilidad de los miembros inferiores, se observa que el enfermo experimenta alguna