Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



S. Sobre Gastritica

217

# Parálisis ajitante i su tratamiento por el valerianato de atropina, combinado con el salicilato de soda

1882

UNIVERSIDAD DE CHILE
MUSEO NACIONAL DE HISTORIA DE LA MEDICINA
BIBLIOTECA
FACULTAD DE MEDICINA

Señores de la Comision:

No es mi ánimo, Cusar por completo una afeccion del aparato Cerebro-bulbar, que ha sido i es tan pertinaz a todos los tratamientos empleados contra ella; hasta el punto de decir Trousseau, que todo lo que se sabía de esta afeccion es, que era esencialmente incurable; me propongo solamente: en primer lugar, disminuir de un modo notable los crueles sufrimientos que incesantemente atormentan al paciente i hacen horrible su existencia, llevando grabado, como lo sabeis, en su semblante las huellas de su verdadero martirio; no me tacheis de exajerado! i en segundo lugar, prolongar muchísimo sus dias de un modo bastante soportable, como es natural que suceda, una vez que se ha logrado ya mencionado.

Bien comprendo, Señores, que la tarea que he emprendido es seria i muy superior a mis débiles fuerzas, pero me ha movido a elejir este tema el interes con que por desgracia mia, he tenido que seguir un caso de este estado mortuno, dia por dia, momento por momento, al que agregaré dos mas. No vi tampoco a hacerse un gran acopio de autores mas o ménos eruditos, voi solo sencillamente a relatarles lo que he visto i escrupulosamente observado.

Creo pues, que habré apostado de vosotros la mala idea, que quizas, a primera vista i aparentemente con justicia os habreis formado al oir el título que encabeza esta memoria.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Principio pues, a ocuparme de esta neurósis, pro-
curando demostrar en el tratamiento los benéficos resulta-
dos obtenidos con el valerianato de atropina.

Definicion — La parálisis agitante o como la llama Charcot, en-
fermedad de Parkinson, es una afeccion, que está caracterizada
por un temblor progresivo i continuo, al principio parcial,
que despues se hace jeneral, acompañado de una debilidad
muscular, que aumenta gradualmente, por una acti-
tud propia de los miembros, por un aspecto especial
de la fisonomía i por fin por la pérdida de la facultad
de guardar el equilibrio, durante la progresion.

Patojenia i Etiolojía — Las primeras preguntas que se nos ocurren:
¿Como se verifica este trastorno de los Centros nerviosos i ba-
jo el influjo de que causas? ¿Cual es el sitio de la lesion?
En cuanto a esto último, le daremos colocacion en la anato-
mía patolójica.

Como sabemos, el síntoma mas culminan-
te i por decirlo así, fundamental de esta afeccion es el tem-
blor, cuya condicion patojénica es como dice Jaccoud: "la
debilidad de la inervacion de estabilidad". Pero no existe
un estado estático uniforme, sino que hai alternativas de
contraccion i relajacion de la inervacion, que imprimen a
los músculos sacudidas i dislocaciones mas o ménos
estensas, esto es el temblor. El principio del desorden no
afecta mas que a la inervacion estática, despues ataca
la inervacion motriz voluntaria, uniéndose desgracia-
damente a esto, un estado de paresia; el nombre de pa-
rálisis agitante, con que se ha llamado a esta enfermo-
dad encierra lacónicamente estas dos alteraciones.

Sin embargo, al principio de la enferme-
dad esta parálisis "no es sino aparente", como dice Trousseau,
pues, habiendo este Clínico aplicado el dinamómetro de Burq
a uno de sus enfermos, el instrumento le dió a conocer que
existía mas fuerza en el lado enfermo que en el sano,
fenómeno raro por cierto, pero real; yo estoi convencido de es-
to, pues mis enfermos me lo han demostrado palpablemente.
Mas a la larga, cuando la afeccion está mui
avanzada viene una verdadera parálisis que se hace mas
notable en su último período; pero hai que tener presente

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

que la sensibilidad permanece perfectamente intacta.

Pasemos a la etiología; la edad debe considerarse como una causa predisponente; pues siempre o casi siempre se la encuentra en los individuos que cuentan entre los 50 i 65 años, casi nunca ántes de los 30. Sin embargo, se citan casos cuyo principio ha sido mucho mas precoz. Trousseau la ha visto en un jóven a la edad de veinte años. Duchenne de Boulogne, ha observado un caso en que los primeros síntomas han aparecido a los diez i seis años. Hutchinson cita otro en el que la parálisis agitante habia comenzado a los tres años de edad. Pero indudablemente, estos casos son excepcionales, miéntras que lo mas frecuente es en una edad avanzada.

Casi siempre es imposible determinar la verdadera causa que ha determinado la parálisis agitante i la enfermedad es como dice Carlos Vernet, "espontánea". Por el contrario, hai ocasiones en que los motivos que la han provocado son evidentes i entre estas causas ocasionales, cuya influencia está mas demostrada, es preciso colocar en primera línea, las emociones morales vivas, sobre todo el terror. Vernet cita el caso de una niña que en el sitio de Paris, se habia refugiado con otras compañeras en un sótano para escapar de los proyectiles, de repente, una granada estalla en la calle e hizo tres o cuatro víctimas a su alrededor. La niña pierde el conocimiento i cuando vuelve en sí, percibe que su brazo derecho está animado de un ligero temblor, que mui pronto gana el miembro inferior del mismo lado i despues aparece todo el cortejo de síntomas de esta enfermedad; así como este hecho existen muchos que serían ocasión numerosa.

Otras veces los traumatismos o la irritacion de ciertos nervios periféricos, ha sido la causa ocasional de la parálisis agitante. Charcot, hace mencion de una mujer que despues de una contusion violenta del muslo izquierdo, sintió algun tiempo despues un dolor localizado en el trayecto del nervio ciático, mui pronto sobrevino un temblor, desde luego limitado al nervio atacado, despues se estendió a

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

los otros miembros.

Uno de mis enfermos no reconoce causa alguna bien manifiesta, pero yo debo hacer notar que vive en un lugar húmedo en medio de chacras i pantanos i es un hecho que la accion prolongada del frio húmedo es causa de esta afeccion.

El sexo parece que no tiene accion. El alcoholismo no debe mirarlo como causante de la parálisis agitante; pues no se de algun caso que la haya provocado (no pretendo de ninguna manera, apelar a mi corta ninguna experiencia)

En el otro enfermo a que yo pude observar mejor, comenzó esta neurósis despues de una pleuresía agudo. Considero que la inflamacion de esta serosa ha sido una causa occacional; pero que ya existia ántes en él una predisposicion particular por esta enfermedad, poseyendo un temperamento esencialmente nervioso, susceptibilidad exagerada a las emociones morales vivas. A mas de esto, sus hermanos, siendo jóvenes i teniendo el mismo temperamento que él, sufrian de temblor en los miembros superiores, pero sin tener los caracteres del de la parálisis agitante i dijo mas los hijos de este enfermo a parte de su temperamento, han heredado ese temblor, que aunque pequeño e intermitente es bien molesto.

Apesar de todo, no se me para por la imaginacion que la parálisis agitante sea hereditaria.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

**Anatomía patolójica** — La anatomía patolójica de esta enfermedad es de las ménos conocida i mas pobre en resultados positivos i precisos; a veces no se ha encontrado ninguna lesion que llame la atencion, aun con el auxilio del microscopio, en otras cosas, que no dejan de ser numerosas, se ha hallado induracion de la médula oblongada i tubérculos cuadrijéminos, debida a una produccion anormal de tejido conjuntivo, a mas de esto, se han observado estrías en los cordones laterales de la médula, que segun Trousseau dependen de la presencia del tejido conjuntivo en via de desarrollo, existe pues una hipertrofia de este tejido que normalmente entra en la estructura del sistema nervioso i que en ménos abundancia en los centros nerviosos que en los nervios, que forma una cubierta bastante resistente, que envia tabiques delgados entre los manojos primitivos i que lleva el nombre de neurilema. A mas de esto hai una compresion del elemento nervioso, su atrofia i su degeneracion grasosa; es a estas alteraciones acompañadas de induracion de las partes afectadas a la que se ha llamado esclerósis, esclerósis de los centros nerviosos que se presenta a la simple vista bajo la apariencia de pequeñas placas difusas o islotes grisáceos; cuando se les incinde crujen bajo el escalpelo i en jeneral adhieren al tejido conjuntivo de los alrededores; pi que parece hai una propagacion; al tacto se siente una lijera resistencia; la vascularizacion es por lo comun poco pronunciada en su interior; por lo jeneral ataca a la sustancia blanca i parece algunas veces afectar la sustancia gris del cerebelo, donde determina la atrofia consecutiva.

En fin, Señores, no es a mi al que toca hablar largamente de la esclerósis, pues no conseguiria otra cosa, sino fatigar vuestra atencion.

Ahora bien, se encuentra lagunas en el microcefalo, no ha faltado casos de reblandecimiento de los pedunculos cerebrales.

Parece indudable que la

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

UNIVERSIDAD DE CHILE * FACULTAD DE MEDICINA * MUSEO NACIONAL DE HISTORIA DE LA MEDICINA BIBLIOTECA

parálisis apitanto es una lesion del mesocéfalo pero la inconstancia de los caracteres que se observa en la autopsia de los individuos que han sucumbido a esta enfermedad nos demuestra claramente que es una neurósis como el tétanos, la Corea etc en las que nunca se han encontrado lesiones propias.

A pesar de todo es hasta aquí la esclerósis la lesion que predomina en los centros nerviosos. Leyendo el artículo "Parálisis apitanto" de Carlos Fornet, vemos que Parkinson, ha constatado un aumento de volúmen i consistencia del puente de Varolio i de la médula oblongada. En un enfermo observado por Oppolzer, la protuberancia i el bulbo estaban manifiestamente indurados, ademas la médula presentaba una alteracion caracterizada por la presencia de estrías grisáceas situadas en los cordones laterales. Las alteraciones de estas diversas partes pendian de lo que he dicho antes, esto es, de una produccion exagerada de tejido conjuntivo.

Lebert ha encontrado un poco de induracion esclerósica con retraccion de la parte superior de la médula espinal.

En 1871 Joffroy comunicó a la sociedad de biología de Francia, un caso de parálisis apitanto, observado en el servicio de Charcot, con la autopsia i el exámen microscópico i he aquí las alteraciones que se encontró:

1° Alteracion de la médula i del bulbo en los dos casos a saber: obliteracion del canal central por un elemento debido a la proliferacion de la cubierta especial del ependimo, una pigmentacion mas o ménos puesto de las células nerviosas mui pronunciadas principalmente en las células de la columna vesicular de Clarke i cuerpos amiláceos en cantidad variable.

2° Alteraciones particulares a alguno de los casos: en el uno una meningitis antigua limitada a las barbas del calamus scriptorius i un poco a la parte superior del cuarto ventrículo; en otro, las huellas de una viva inflamacion ocupando el tejido nervioso, comprendido entre

la estremidad superior del canal Central i de la borbor del Cálamus, en otro caso, en fin, nada de especial. Dis cutiendo entonces el mérito de estas tres observaciones Soffroy declara, tienen poco valor por que se les encuentra en la médula de casi todos los viejos i cree sin embargo, que tienen un rol en la produccion de la enfermedad i predisponen a la médula a ciertas alteraciones funcionales que se traducen generalmente por el temblor.

Relativamente a la localizacion de la enfermedad Soffroy piensa, que debe colocarse en la médula, mas bien que en la protuberancia i se apoya, por una parte en la integridad de esta parte en sus observaciones i en la de Gaudier otra i por otra en las lesiones medulares que ha encontrado. Cree ademas que las alteraciones funcionales del sistema nervioso, pueden existir por largo tiempo sin lesion fácil de apreciar, pero que debe haber en los centros nerviosos cuya existencia da lugar a estas alteraciones funcionales, sea un cambio temporal de la circulacion de tal o cual region de los centros, sea modificaciones en la composicion química de los elementos esenciales de la célula nerviosa, por ejemplo. Será la parálisis ajitante como la contractura de los miembros en las histéricas, que pueden existir sin lesion apreciable, pero que pueden tambien como lo demuestra Charcot, ser despues de larga duracion acompañadas de esclerósis simétrica de los cordones laterales.

En esta manera de ver las lesiones que se encuentran en algunos casos de parálisis ajitante, serian consideradas como consecutivas a las modificaciones desconocidas hasta entonces que ha determinado la enfermedad.

Pero lo que se desprende de las últimas observaciones de Charcot, que les ha hecho con bastante atencion es que no se ha encontrado lesion alguna bien apreciable, otro tanto hace Raymond en que en seis autopsias de personas atacadas de parálisis ajitante, no ha encontrado ninguna lesion propia de la enfermedad, el exámen de la médula ya sea al ojo desnudo, ya sea al

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

microscopio. Sabemos que del bulbo i de la protuberancia, ha demostrado que todas estas partes se encontraban en estado fisiológico, mas todavía, no ha encontrado nada ni en los músculos, ni en las articulaciones que pueda explicar la rijidez de los miembros i esta especie de soldadura, por decirlo así, que dá a los enfermos una marcha tan particular.

¿Cómo podremos, Señores, desprender de todo esto?

Vernet dice: "En primer lugar, que las lesiones que son propias a la parálisis ajitante no están todavía determinadas, ni en su sitio, ni en su naturaleza; en segundo lugar, que las lesiones encontradas hasta la fecha, pierden mucha parte de su valor por su gran variabilidad i por último que las propiedades de los elementos nerviosos pueden sin duda, ser atacadas por lesiones que se nos escapan."

La cuestion queda pues muy indecisa i es necesario nuevas observaciones.

Debo tambien a mi turno esponer en dos palabras lo que yo he visto en la autopsia de un individuo muerto de esta enfermedad, cuyos detalles se encontrarán mas adelante. Adherencia blanca la parte media i superior de la lámina interna de la dura i pia madre, estas presentaban signos de una meningitis crónica; se creyó encontrar focos de reblandecimiento en el cerebro. En la pleura cervical se encontró en cada lado una degeneracion quística; quistes del largo de cuatro a cinco centímetros por ocho milímetros de ancho, formando una pequeña sarta de tres o cuatro cuentas.

La pia madre del 4° ventrículo se encontraba opaca i el resto inyectada.

El puente de Varolio, médula oblongada i porcion cervical de la médula, no tienen nada de notable.

---

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

**Síntomas i Marcha** — Permitidme, Señores, que tome por tipo de la sintomatología de esta afeccion a uno de los enfermos que desgraciadamente pude i tuve que observar constantemente, siguiendo paso a paso las diversas manifestaciones morbosas que se han presentado desde su principio hasta este momento; agregando solamente algunas observaciones de autores distinguidos; este enfermo es mi padre.

Como ya he dicho en la estiología, despues de una pleuresía aguda i cuando esta ya tocaba al fin de la convalecencia, se presentó en la parte media de la region esternal una mancha exantemática, entematosa, dolorosa i que como decia él "se le recojia el dolor de los paises circunvecinas" de la pared anterior del torax hácia la mancha; a veces este dolor era un verdadero calambre, que si no se apoyaba en algun objeto inmediato lo tiraba inevitablemente al suelo. Todo esto desaparecio lentamente con el jarabe de Bromuro de potasio, algunas unturas belladonadas i opiadas i los baños sulfurosos de Chillan.

Casi inmediatamente despues, noto una mañana al levantarse un pequeño temblor en la mano derecha que al principio no le llamó la atencion; pues en otras ocasiones ya lo había tenido, pasaba muy lijero i quedaba tan bien como antes; pero en esta ocasion no sucedió la misma cosa; porque corriendo los dias, parecia que esta pequeña incomodidad iba en aumento i se estendia de los dedos a la muñeca i de esta al brazo; los remedios no producian mejoría alguna i ya no se limitaba al temblor, sino que una o dos veces al dia tenia fuertes dolores al pecho que le privaban absolutamente de la palabra i lo dejaban inmóvil; en los intervalos quedaba perfectamente bueno, volviendo la alegría a su semblante.

Por lo demas, las funciones digestivas, respiratorias, circulatorias i urinarias, se hacian de una manera perfecta i regular.

Para hacer el estudio de los síntomas i marcha de la parálisis agitante, voi a dividirla en dos períodos que a mi juicio estan bastante marcados: 1º Vibracion. 2º Parálisis

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

propiamente dicha.

Es indudable, que en el primero no hai nada que se parezca a parálisis, ya sea de la sensibilidad, del movimiento o de la fuerza muscular; por que como ya he dicho, lejos de encontrarse disminuidas, estas se hallaban aumentadas; el hecho es raro, pero me he tenido que rendir a la evidencia. En el segundo, es fuera de toda duda que existe una parecia al principio i una verdadera parálisis despues, tanto del sistema muscular de la vida de relacion, como de la vida orgánica.——

**Período primero. o de excitacion**——— En este período no solo hai excitacion nerviosa, sino tambien, algo de relajacion, porque como queda dicho en la patojenia existe una debilidad de la excitabilidad nerviosa, que constituye el temblor. Creo pues, que en esto no existe contradiccion, como pudiera parecer a primera vista.

El primer síntoma que nos llama la atencion es el temblor, desde luego parcial, poco intenso que comienza por los miembros, sobre todo superiores, muchísimo mas raras por la cabeza, aumenta en intensidad a medida que se va generalizando a las demas partes del cuerpo. Sin embargo, esta invasion gradual del temblor parece que está sujeta a cierta regla, si por ejemplo, está afectada la mano derecha al cabo de algunos meses o de algunos años se pasará al pié derecho, de aquí a la mano izquierda i enseguida al pié izquierdo; la invasion cruzada es mas rara. Es mas comun ver el temblor permanecer durante largo tiempo en los miembros de un solo lado (forma hemiplégica) o en los miembros inferiores (forma paraplégica). En algunos casos para el temblor es precedido de algunos otros síntomas señalados sobre todo, por una sensacion de fatiga mui notable, de dolores reumatóideos o neurálgicos en la rejion que mas tarde será afectada de temblor. Este modo de comenzar es propio sobre todo en los casos en que la causa ocacional ha sido un traumatismo.

En otros, en principio es brusco, como cuando se produce de repente una emocion moral; en otros, en fin, pasa algun tiempo, desaparece en seguida para comenzar despues de un intervalo mas o ménos largo, pero esta vez

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

es ya definitivo.

Cuando comienza todo se reduce a un ligero vaiven, que si el enfermo es un tanto presumido puede conseguir disimularlo por medio del juego de sus manos estudiadamente hecho, pero andando el tiempo, este pequeño vaiven se cambia en fuertes sacudidas que agita sobre manera el sistema muscular hasta el punto de golpear rudamente los objetos en los que coloca sus manos.

El temblor es incesante durante la vijilia i se esacerba por los movimientos voluntarios i las emociones morales sobre todo, cesa al contrario durante el sueño. Cuando no es muy intenso aparece a veces por intervalos i cosa notable, entonces sobreviene durante el reposo i desaparece cuando los miembros son puestos en movimiento por la voluntad.

Los caracteres de este temblor son verdaderamente especiales, siendo poco estenso, rápido, regulares; los manos son agitados de cortas oscilaciones que las mantiene en un movimiento incesante de afuera adentro i de dentro afuera de manera que describe una curba elíptica al rededor de su eje.

El que una vez haya dado la mano a uno de estos enfermos, no podrá olvidar la serie de sacudidas que se suceden rapidamente i que nos dan la sensacion debido a que en los miembros superiores las oscilaciones de mayor o menor estension tienen lugar en todas las articulaciones i son siempre oblicuas de manera que los antebrazos i las manos se aproximan por un movimiento rítmico; los dedos, la muñeca i el codo se doblan i se estienden alternativamente, haciendo sentir la mano del enfermo a la de la persona que se la coja esas sacudidas que acabo de mencionar.

Antes de pasar adelante, diré que ha habido casos de detenerse el temblor a consecuencia de enfermedades intercurrentes graves, la hemiplejia puede producir el mismo resultado, la agitacion cesa en las partes paralíticas i desaparece a medida que aquella retrograda.

Otra cosa digna de mencion la

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

atencion, el pulgar se mueve sobre los otros dedos con un movimiento que hace recordar exactamente el acto de desmenuzar pan o el movimiento que adquiere la mano cuando maneja el huso.

Este temblor se traduce perfectamente en el papel cuando el enfermo escribe, un lijero exámen permite reconocer los zigzags en el trazado. Como podeis comprobarlo en el que se halla a continuacion

signo de parálisis agitante

La Cabeza i el Cuello no tiemblan por si mismo, apesar que Raccoud cree que puede comenzar por aquí la enfermedad; pero Charcot ha puesto en evidencia la falta de temblor en esta parte i ha mostrado su valor diagnóstico con la esclerósis en placas diseminadas. Si la cabeza parece agitada cuando el temblor es muy fuerte es que este movimiento le es comunicado por las sacudidas del miembro i si por ejemplo, se sostiene fuertemente el tronco i los brazos, se suspende el movimiento de los miembros superiores, deteniéndose tambien en el acto los de la cabeza.

Los ojos i la mandíbula no presentan casi ningun temblor; pero el de la lengua es siempre bastante marcado sobre todo cuando el enfermo la saca fuera de la boca.

Ya vemos pues, que el síndroma predominante i mas constante que sirve para caracterizar la parálisis agitante es el temblor; sin embargo Boucher ha citado seis casos sacados de Charcot i el mismo Charcot dice, que en algunos casos raros falta el temblor i le ha dado a esta forma el nombre de "frustrada".

Se Concluye de las observaciones de Boucher que el temblor no es un síndroma necesario al diagnostico de la parálisis agitante i que de todos los fenomenos que caracterizan la enfermedad no es este el mas importante. Pero es indudable que esto es demasiado exagerado i solo sirve para darle mas importancia a los otros síndromas.—

La fisonomía tiene un aire especial, la cabeza un poco en flexion, la cara revelando cierta tristeza, la vista fija hácia adelante i arriba, haciéndola de esta manera característica.

La marcha es enteramente peculiar a este enfermo; las piernas oscilan en el plano antero-posterior a esto se agrega la caida involuntaria de los pies sobre el suelo, haciendo sumamente difícil la progresion, de manera que el paciente ocupa toda su atencion en este acto solo en este; porque una vez que su imajinacion se separa de aquí, ya la marcha es imposible. Al principio anden con mesurada lentitud con el tronco notablemente inclinado hácia adelante, la pierna en semiflexion sobre los muslos i chocándose ligeramente las rodillas, de repente aceleran su paso. van como saltando sienes este muy apresurado i como es natural muy corto i como dice tan bien Trousseau "parece como si perdiese el centro de gravedad, corriese tras él para restablecerlo. He notado una cosa especial i es que de un momento a otro quedan inmóviles, como guardando equilibrio, se mantienen así un momento, toda su facultad estan fijas en un solo punto i de repente principian a caminar mui rapidamente; pero no pueden recorrer sino pequeñas distancias i no es ménos notable, que una vez en movimiento no pueden cambiar de direccion i si lo pretenden hacer, no encontrando donde apoyarse caen de cara inevitablemente; pero ellos bien lo saben para no esponerse, de la misma manera pueden calcular hasta donde les alcanzará la fuerza para andar.

Yo he visto varias veces marchar hasta tres horas a uno de mis enfermos i no se crea que por un paso, ántes por el contrario, cubierto de alta i baja i de yerba; pero andaba cinco minutos i descansaba un pequeño momento i continuaba de esta manera sin tomar asiento ninguna vez en este largo espacio de tiempo. A caballo puede andar, mueve i no le molesta con nada, empero cuando se baja se encuentra como el dice "se le han soltado los nervios".

En jeneral, despues de los ejercicios

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ya sean de gimnasia o de una marcha cualquiera se siente mas ágil en sus movimientos, mas flexibilidad en los sistema musculas, mas alegría en su semblante, en una palabra se verifica en él un cambio notablemente favorable, pero como es de suponerlo, este trabajo no puede pasar de cierta límites porque entonces los efectos enteramente contrarios que se suceden traen como consecuencia la postracion, el malestar i los calambres.

No quiero pasar por encima un hecho, que aunque raro, se ha podido observar i que consiste en la tendencia que tienen algunos enfermos a caminar hácia atras.

Debove, hace mencion de un hecho sumamente curioso que él observó en una enferma i que ha llamado "lateropulsion ocular" i que en pocas palabras el fenómeno consiste en lo siguiente: haciendo leer a la enferma, notó Debove que leía bastante bien una linea, pero al llegar al final de esta empleaba cierto tiempo en comenzar la siguiente i parecía que sus ojos esperimentaban cierta dificultad al cambiar de direccion. Este hecho parece mui semejante al que yo he mencionado en la marcha en que el enfermo no puede cambiar de direccion una vez empezado el movimiento. Debove continua diciendo: que una vez que ha llegado al final de una linea los ojos se dirijen involuntariamente a la linea correspondiente de la columna siguiente; al comenzar la linea los ojos se dirijen involuntariamente a la linea correspondiente de la columna precedente. de manera que el ojo se dirije siempre a una misma linea, ya se ve pues, que tiene mucha semejanza este fenómeno con el de la progresion.

Podemos todavia encontrar en estos enfermos sensaciones penosas, esto es, de postracion, fatigas, calambres i sobre todo un malestar indefinido que se traduce por una necesidad incesante de cambiar de posicion, a veces de dolores neurálgicos i en fin de una sensacion habitual i sumamente penosa de calor, que hace que el enfermo no pueda soportar los vestidos mas

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

lijera. Esta sensacion es seguida de paroxismos de un fuerte temblor i es amenudo acompañada de sudores abundantes. Charcot cree, que no hai en realidad aumento alguno de temperatura Central. Repetidas veces he aplicado el termómetro cuando los enfermos se sentian mas acalorados i este me ha indicado que la temperatura interior era normal.

En oposicion con este desórden tan considerable, la sensibilidad cutanea está intacta; otro tanto dijo de las funciones nutritivas que casi no han sufrido alteracion alguna.

Benedikt, que ha estudiado prolijamente las reacciones electricas, notó al principio en muchos casos, una exageracion de la sensibilidad refleja en el sentido de que obrando sobre la Columna Cervical podia provocar con mas facilidad que en el estado normal sensaciones subjetivas de luz, olor i gusto; algo mas tarde ha demostrado en la excitabilidad sensible i motriz un aumento que se manifiesta desde el Centro a la circunferencia i finalmente en un período mas o ménos avanzado, observó por el Contrario, una disminucion continua en la excitabilidad de los nervios motores desde la periferia al Centro.——

Las dijestiones son fáciles, el apetito bastante conservado; sin embargo, existe una disminucion de las secreciones intestinales i una falta de energía en los movimientos peristálticos i como resultado una Constipacion que necesita ligeros laxantes o lavativas, pero no presentan ni Cólicos, ni ninguna otra alteracion notable.——

La secrecion de las glándulas sudoríparas es mas activa, como acabo de decirlo, le doi a este fenómeno mucha importancia porque es de gran molestia para el enfermo.

Esta traspiracion mas abundante que en el estado normal, es debida a un aflujo anormal de sangre en estos órganos, proviniendo de la falta de tonicidad de los vasos como consecuencia de una relajacion o mas bien dicho de una paresia de los nervios vaso-motores, procedentes del gran Simpático, que se dejan distender i permiten

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

filtrar al traves de sus paredes mayor cantidad de elementos sanguíneos, propios para la funcion de estas glándulas; de precisamente esta la manera como se explica el fenómeno que se observa tan generalmente en las personas que bajo una fuerte impresion moral como la vergüenza o cualquiera otra, se cubre la piel (sobre todo de la cara) de un abundante sudor. No de otra manera se explica las diarreas por influencia nerviosa, tan comunes en los mujeres i soldados bisoños, que son debidas a otra cosa que un trastorno de la innervacion vaso-motriz i que una fuerte emocion moral, determina la dilatacion paralítica de los capilares que se distribuyen en las glándulas intestinales, estas reciben mayor cantidad de sangre, por consiguiente su secrecion se hace continua i mas abundante. No necesito citar otros casos como el mecanismo del llanto, el aumento de la secrecion salival en determinadas condiciones etc. por que seria inútil i pesado enumerar.

Ahora bien, como sabemos, las raices del gran simpático son filetes que los nervios craneales i raquideanos dan a este nervio i en consecuencia existe una comunicacion entre la innervacion de la vida animal i orgánica, entonces es natural suponer que una lesion de los Centros nerviosos sea trasmitida a la nervio del gran simpático, no me parece de hacer una observacion i es: que no es dable a priori decir si los filamentos que ponen en comunicacion estos dos grandes sistemas nerviosos van del gran simpático a la nervio de la vida animal o si de estos últimos se encaminan al gran simpático; pero sea de esto lo que quiera el hecho es que hai relacion entre uno i otro sistema i que las lesiones del uno se dejan sentir en el otro.

Brown-Sequard, ha demostrado de una manera satisfactoria que existe una clase de fenómenos paralíticos que son debidos a la repercucion en la region Central de la médula de una irritacion irradiada de los nervios perifericos i propagada a los diversos focos de la innervacion vaso-motriz i que produce por accion refleja alteraciones en la circulacion i en consecuencia debe existir tambien alteraciones en las secre-

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ciones. Es pues, suficiente para que se verifiquen en el organismo tan susceptible de un enfermo de parálisis agitante los fenómenos paralíticos observados por Brouon-Sequard, la escitacion producida por una temperatura como la que tenemos en Santiago en los meses de Diciembre i Enero; ¿No pasará una cosa semejante con el frio, tan escesivo en nuestra Capital de los meses de Junio i Julio? Aun cuando en este caso no se produzca un sudor, se siente el enfermo poseido de un indefinible malestar jeneral.

Si bien es cierto, no conocemos a fondo la especie de influencia que el sistema nervioso ejerce en cada una de las glándulas, no se podrá negar el papel tan importante que dicho sistema desempeña en ellas.

¿Es cambiando el grado de permeabilidad de las membranas que debe atravesar la sangre? ¿Es modificando el calibre de los vasos i en consecuencia la circulacion, como obran los nervios en las secreciones? Es mui posible que suceda esto último.

El que vea a un enfermo de parálisis agitante cuando está en su cama, entregado al sueño, es imposible que pueda sospechar que está en presencia de una enfermedad en que durante la vijilia mantiene al paciente en un continuo temblor. Y no solo al principio de esta enfermedad es cuando se nota este fenómeno, sino que tambien continua durando el período de verdadera parálisis.

El Coito se practica sin inconveniente alguno i despues de este acto se sienten mas tranquilos, esto no debe estrañarnos, desde que sabemos que el fenómeno concerniente i particular a esta funcion es estado de decaimiento, languidez i relajacion jeneral i en que el individuo parece indiferente a cualquiera escitacion esterior. En cuanto a las propiedades del esperma no sufren alteracion alguna apreciable; pues la facultad de fecundar a la mujer permanece intacta, uno de mis enfermos tuvo hijos hasta los trece años de la afeccion. Pero mas adelante veria esto, como lo veremos despues.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Segundo período o de parálisis propiamente dicha ——— Aquí todos los síntomas se hallan aumentados. No existe precisamente un límite fijo, que separe los dos períodos en que yo me he atrevido a dividir la sintomatología de la enfermedad, como sucede por ejemplo en la neumonía fibrinosa, sino que se suceden lenta i gradualmente.

Así pues, he dicho que al principio no hai una parálisis verdadera; por que las fuerzas, lejos de estar disminuidas, como lo sabeis, se encuentran aumentadas. Entonces que clase de parálisis es esta? Mas adelante, por el contrario, las fuerzas comienzan a disminuir i concluyen por una verdadera agonía, como tengo ocasion de verlo dia a dia.

Es aquí donde se encuentra esa deformacion tan característica de las manos i columna vertebral que ya ha comenzado en el primero.

La Cabeza está inclinada hácia adelante, hasta el punto que el menton viene a veces a apoyarse en el pecho i el enfermo esperimenta una dificultad invencible al pretender enderezarse, el tronco está inclinado hácia adelante. Los dedos desviados de su posicion normal, alargados, doblados sobre el metacarpo i aproximados al pulgar, toma la mano una actitud como cuando se coje una pluma para escribir, formando con el antebrazo un ángulo obtuso i en algunas ocasiones casi agudo, produciendo así una semiflexion metacarpo-falángica. Se deja comprender que en estas condiciones la escritura es sumamente embarazosa i difícil. Mas adelante las primeras falanges de los cuatro dedos se acercan mas al pulgar i a la palma de la mano i concluyen por doblarse completamente sobre esta última, las segundas se estienden sobre las primeras de un modo exagerado i las terceras presentan un grado ligero de flexion sobre las segundas Jaccoud.

Por lo jeneral el brazo está en semiflexion, alejado un poco del cuerpo i el enfermo solo con mucha dificultad puede apoyado en las paredes de torax.

Las manos i los dedos se mantienen al nivel

de la Cintura. Los miembros inferiores estan tambien rijidos i en la semi-flexion, las rodillas acercadas la una a la otra, los pies llevados hácia adelante i los dedos encorvados en forma de gancho. Esta actitud particular de los miembros i del tronco, de que pronto me voi a ocupar, es debida, segun Charcot, a la rijidez que sobreviene en este período de la enfermedad en los músculos del cuello, de los miembros i del tronco. Al principio esta tiesura muscular es intermitente, dolorosa i acompañada de calambres penosos, mas tarde se hace contínua i siempre es mas predominante en los músculos flexores i da al cuerpo i a los miembros la actitud que acabo de describir i que deja deformaciones permanentes.

Los músculos estensores i flexores estan constantemente en accion este movimiento rápido, alternativo e involuntario de estension i de flexion que constituye el temblor, depende del influjo nervioso; de tal suerte, que cuando él quiere manifestar su poder muscular, los enfermos no son capaces de practicarlo con la misma continuidad i misma fuerza que ántes i se encuentran en las condiciones de un individuo agotado por una estrema fatiga; no sucede lo mismo en el estado normal, pues, en el reposo todos los músculos estan en completa relajacion i durante este tiempo se recuperan enteramente la aptitud perdida o disminuida por el esceso de accion. En una palabra, la escitabilidad se restablece a las mismas condiciones en que se encontraba ántes del trabajo; si suponemos al contrario, como sucede en la parálisis apitente, que en virtud de una modificacion de los centros nerviosos, el sistema muscular se halle en un estado análogo al esfuerzo contínuo i no tenga siquiera un momento de reposo, acontece lo que acabo de decir. ——

La marcha toma caracteres mas acentuados que en el primer período i no puede suceder de otra manera desde que hai una considerable pérdida de la fuerza i las deformaciones son mas mayores, asi el cuerpo del paciente presenta dos grandes curvadu-

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ra, una superior que representa un gran arco, formado por el cuello i la columna vertebral i aun la pelvis, que concurre a terminarlo por la parte inferior, este primer arco, es de concavidad Anterior, el otro formado por las rodillas cuyas articulaciones se encuentran en semiflexion, como ya he dicho, es de Convexidad Anterior. A esto se agrega la falta de fuerza para poder levantar las piernas al dar el paso, que obliga al enfermo a marchar con ellas arrastrándolas i aquel acto de una especie de pequeño salto, que una persona que no esté acostumbrada a mirarlo cree que el enfermo va a caer hácia adelante. Necesita pues, constantemente el uso de un baston.

Se le deja comprender la forma abarquillada del vientre como consecuencia del encorvamiento constante de la Columna vertebral; otra cosa que desde luego llama la atencion es la puesta tensa de las paredes abdominales, pero esto no es especial solo a esta region, porque todo el sistema muscular de la vida de relacion se encuentra en el mismo estado de tonicidad, otro hecho igualmente precisa resultante del ejercicio perpetuo en que se encuentra.

La fisonomía, se presenta aun mas característica, la tirantez de la cara, su inmovilidad, una espresion de tristeza y melancolía, la fijeza de la vista i la colocacion del labio inferior sobre el superior, no permiten confundirla ——

La palabra es embarazosa i confusa, aun hai momentos en que estan completamente privados de ella, esto sucede durante el acceso, porque debo hacer presente que esta enfermedad nerviosa afecta siempre una forma proteiforme i despues de un ataque que dura de diez a cuarenta minutos i aun mas, en que muchas veces no existe un verdadero dolor, sino una fatiga muscular semejante a un quebrantamiento que fuera el resultado de un ejercicio violento, esto no es sino una secuela o consecuencia del padecimiento nervioso. Yo lo he visto manifestarse a consecuencia de cualquiera impresion fuerte muchas veces ha sido suficiente la presencia de una persona

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

BIBLIOTECA

a la que le tenga cierta antipatia para que se verifique en él una exitacion considerable de su sistema nervioso, el temblor aumenta, la marcha es imposible, no tiene accion en sus manos i brazos sufre puntos calambres en todos sus miembros, sobre todo en los superiores, la inamovilidad de la lengua, de los masseteros i por consiguiente de la mandíbula inferior no le permite pronunciar una palabra, solo su semblante profundamente alterado, sus ojos completamente fijos, las mejillas tirantes, revelan los sufrimientos de que se encuentra poseido i que no le es dado manifestar; no obstante el pulso permanece normal, en la respiracion solo se halla disminuida las ampliaciones torácicas.

Se han observado casos aun mas terribles que estos en los que existe verdadera accesos de convulsiones dolorosas clónicas, mas rara vez tónicas; Trousseau cita casos de esta enfermedad en que durante el ataque los músculos del cuello entraban en convulsiones, la cabeza estaba ardiente, los músculos de la cara no permanecian estraños a este fenómeno, la mandíbula inferior caida, la boca abierta, dejando correr incesantemente la saliva, que manchaba e inundaba los vestidos.

Estos movimientos convulsivos producian deformaciones de los pulgares, asi estando sus manos constantemente apoyadas, los dedos se luxaban sobre la cara palmar, i la cara dorsal iba a formar un ángulo con la cara dorsal de la mano.

La inteligencia hasta ahora intacta acaba por debilitarse, la memoria se pierde en gran parte, las personas que viven con los enfermos se aperciben que no tienen la misma lucidez de espíritu, la caducidad llega, pues, antes de la edad en que debia verificarse.

He notado un hecho que me ha llamado la atencion en estos enfermos i es que no pueden absolutamente distraer su atencion en nada, cuando se fijan en alguna cosa o cuando pretenden hacer algo. Sin embargo, cuando se les da de tomar alimento i pueden llevar la cuchara a la boca, necesita alejar su atencion de lo que va a hacer i como él dice muy bien "se engaña a si mismo",

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

otro tanto sucede por la mañana al lavarse en que despues de un momento de vacilacion, de un modo repentino i brusco se arroja el agua a la cara. No sucede lo mismo al andar, por que aquí ya necesita reunir todas sus facultades en lo que va a hacer por que de otro modo le es imposible la marcha.

Ya he hecho mencion de la observacion de Benedikt respecto a las reacciones eléctricas en esta afeccion. La transpiracion i gran susceptibilidad a las variaciones de temperatura continuan en este período con mayor intensidad que en el primero.

Los calambres estan mas disminuidos, pero en efecto, por una parte de la parálisis que va gradualmente sucediendo a la excitacion i por otra al tratamiento, como procuré demostrarlo.

Uno de mis enfermos hace ocho meses, tuvo i aun conserva todavía en menor escala una parálisis de la pared anterior del conducto auditivo esterno, lo que dificultaba mucho la audicion; pero haciendo pasar una corriente eléctrica por la parte esterna e interna del trago i pared anterior del conducto a muy poca distancia del pabellon de la oreja, disminuyó mucho esta parálisis i volvió el conducto casi a su primitivas dimensiones, pues ahora estaba mas aplanado que en estado normal, por hallarse casi pegada la pared anterior de la posterior, debido, segun es de suponer a una relajacion del cartilago i de la piel de esta region i por consiguiente, pérdida de la tonicidad i rijidez necesaria para que el conducto auditivo esterno conserve su forma i dimension normal, a fin de que pueda facilmente trasmitir hasta los vibraciones sonoras pueda al oido medio e interno i de aquí al cerebro por medio del nervio auditivo. Sin embargo todavía necesita para oir bien, cuando se le habla un poco despacio, ejercer una ligera traccion del pabellon hácia atras i arriba o del trago, hacia adelante i abajo.

La deglucion es muy difícil, debido a la falta de energía en las contracciones intestinales i de los músculos diafragma i de la pared anterior del abdomen,

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

recta, oblícuas i transversa, que desempeñan, como lo sabemos, un gran papel en esta función pero los enfermos se colocan en las condiciones mas a propósito para conseguirlo i conozco uno que ha construido un aparato de su invencion, bastante sencillo i eficaz en el que se aplica perfectamente las contracciones disminuidas de estos músculos i el que le permite verificar el acto de defecar con toda regularidad i sin fatigarse.

Parece Señores, hasta ridículo, que haya hecho tanto hincapié en este punto que a primera vista no tiene valor alguno, pero he tomado en consideracion un hecho i es que he visto prescribir lavativas, ya de agua tibia, ya de agua con jabon, cuyo uso constante lo creo perjudicial, cuando son absolutamente innecesarias, valiéndose de algun medio que imagine el médico o mejor el enfermo i creo que solo en el caso que esto fuera insuficiente, debe hacerse uso de los lenitivos ya indicados; aun cuando, yo emplearia con preferencia el agua fria.

Cuando la enfermedad llega a este período ya se siente el paciente con una ligera dificultad en la deglucion, que es debida, por una parte, a la falta de presa de los músculos de la faringe i del istmo de las fauces i por otra, a la disminucion de la secrecion salival. Pero las digestiones i el apetito se encuentran en perfecto estado hasta que solo se va reduciendo el placer de estos desgraciados enfermos.

De parte de los órganos genito-urinarios la debilidad se va haciendo mas notable los individuos llegan mas o ménos rápidamente a la anafrodisia; pero pregunto yo ¿esta impotencia no será natural i como consecuencia de la edad i no propiamente de la enfermedad? Porque es preciso no olvidar, que la parálisis agitante casi siempre se halla en las personas que no bajan de los cincuenta años i solo se verifica esta muchos años despues de algunos años de enfermedad. Mi poca experiencia, me hace sospechar, desde que los enfermos que he observado, han tenido lijera en su enfermedad i solo despues de varios años, han caido en la impotencia

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

cuando estaban ya en el período de decrepitud. Sin embargo, que yo no pretendo negarle toda participación a esta afección, no le doi la importancia que se le ha atribuido.

Basta mirar la orina de un enfermo de parálisis agitante para notar a primera vista la sedimentosa que representa. Su análisis lo expondré en las observaciones. Pero desde luego partamos del principio que el Análisis nos ha dado la presencia de fosfatos de cal; es lo está en conformidad con ocho experimentos de Cheron en la orina de otros tantos enfermos en los que ha encontrado que hai una eliminacion muy considerable de fosfatos, presentándose este líquido alterado, sedimentoso i dejaba ver un depósito abundante de fosfatos. Este mismo autor dice que la cantidad de orina eliminada en 24 horas es doble que en el estado normal i los fosfatos presentan una notabilidad i es que el ácido fosfórico llega a veces a una proporcion triple.

El aumento de la cantidad de orina he tenido ocacion de comprobarlo.

Existe pues segun Cheron, en la parálisis agitante una verdadera fosfaturia i que se presenta ántes de los fenómenos característicos de la enfermedad. I al efecto, dice que el temblor i los otros síntomas de la parálisis agitante, aparecen en los casos en que la enfermedad aparece de un modo brusco precedido por algun tiempo de un adelgazamiento progresivo de todo el organismo i de las funciones nerviosas en particular i este adelgazamiento sería revelado por una pérdida considerable de fosfatos por la orina. Circunstancia que debemos tener presente cuando nos ocupemos del tratamiento.

Otra cosa que se ha observado respecto a los elementos constitutivos de la orina en estos enfermos es la disminucion de la urea, así de 25 gramos cantidad ordinaria se reduce a 19.5, otro tanto pasa con los sulfatos que de dos gramos pasa a 1.25.

En el último tiempo de esta enfermedad hai una verdadera incontinencia de orina i que puede ser resultado de una contraccion tónica continua

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

da de las fibras musculares de la vejiga i que se hace insuficiente el esfínter vesical, permitiendo así su expulsión involuntaria.

Pero también hai otra incontinencia de orina debido a la parálisis de la vejiga que produce una retención i consecutivamente una incontinencia por regurgitación, mas esto solo se observa cuando la afección está mui avanzada.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

**Diagnóstico**—— El temblor, marcado sobre todo en los miembros i cuyos movimientos son rítmicos i que parecen tener un carácter intencional, siempre i—dénticos en un mismo enfermo, la actitud inclinada hácia adelante con la inflexibilidad del tronco i de la cabeza, la marcha a pasos apresurados i cortos con tendencia a la propulsion, la fisonomía triste con inmovilidad del rostro i de la mirada etc.; son síntomas que habitualmente se encuentran reunidos i que agregados a otros caracteres de menor importancia permiten que sea fácil conocer la parálisis agitante.

Sin embargo, existen algunas enfermedades que se le parecen i que para evitar confusion, es conveniente que hagamos a la lijera su diagnóstico diferencial:

**Temblor senil**—— Difiere en primer lugar, en que es independiente de los miembros i ocupa casi siempre la cabeza i que por lo jeneral está reducido solo a esta parte del cuerpo; por otra, la mandíbula inferior está animada de movimientos continuos, que les da a los enfermos un aire

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

especial. Por otra parte, el temblor de los miembros no tiene ese carácter del de la parálisis agitante que parece que fuese intencional; por último la fisonomía, actitud i marcha, la darán a conocer.

Esclerósis en placas diseminadas. — En esta enfermedad el temblor es nulo en la actitud fija i por el contrario en la parálisis agitante es cuando tienen toda su intencidad; en la primera solo se manifiesta en los movimientos intencionales i son tanto mas pronunciados, cuanto mas se intenta detenerlos. En la esclerósis en placas la cabeza participa del temblor i los ojos son agitados de nistagmus continuo; a mas de esto la pronunciacion es lenta, existen contracturas, cuya distribucion es muy irregular, alteraciones intelectuales mas marcadas que en la parálisis agitante. La irregularidad en la distribucion de estas contracturas, hace pensar en lesiones múltiples del sistema nervioso.

El temblor que sobreviene algunas veces en los hemipléjicos — puede a primera vista confundirse con el de la parálisis agitante, por ser regular, rítmico i compuesto de una serie de movimientos oscilatorios bastante rápidos; pero su localizacion en la mitad del cuerpo, los conmemorativos, la parálisis de un lado, el acompañamiento por lo jeneral de contracturas que duran mas o ménos tiempo en independencia del reposo i de la actitud fija i que solo aparece en los movimientos voluntarios, como cuando el enfermo quiere levantar la mano o la pierna; todos estos caracteres, nos hacen distinguir esta enfermedad de la parálisis agitante.

Basta haber visto un enfermo con la afeccion de que me ocupo i otro con la Corea para que nunca los pueda confundir, en el último tenemos movimientos intermitentes, ridículos, irregulares, desordenados, los miembros son llevados en distintas direcciones, sin ninguna regla aparente.

En cuanto al diagnóstico con la hemicorea se

deducel de lo que ya he dicho i no necesito entrar en repeticiones.

**La athetósis** —— (Estudiada por Hammond), es una alteracion muscular caracterizada sobre todo por los movimientos incesantes de los dedos de la mano i del pié, que no pueden conservar una posicion determinada cualquiera. estos movimientos pueden estenderse al puño i a la garganta del pié; pero no va mas allá de los miembros. Tienen por carácter particular ser lentos, como si fueran el resultado de una impulsion voluntaria largamente pensada i de ser exagerada, es decir, estendidos hasta donde le permite la articulacion. Estas propiedades sirven ya para separar netamente la athetósis de la parálisis agitante. Existe tambien una athetósis que es unilateral, pero esta se presenta como la hemicorea en el curso de una hemiplejia antigua i es acompañada de hemianestesia, de contractura de los miembros i de atrofia muscular.

**Temblor nervioso** —— Los temblores nerviosos, ya sean tóxicos, alcohólicos, mercuriales i aun aquellos consecutivos a las enfermedades agudas, podrian tambien confundirse con la parálisis agitante; pero los demas síntomas de esta última enfermedad i los conmemorativos la distinguen facilmente.

Hai un temblor que procede mui despues de la fiebre tifoidea o de la viruela que presenta caracteres mui semejantes con la parálisis agitante; como son, el temblor, la actitud, la propulsion i por lo tanto es preciso que distingamos una de otra. Clément, cita cuatro observaciones de este jénero, en las que notó que el temblor se exageraba en los movimientos involuntarios i que estos enfermos poseian nistagmus. La evolucion de esta enfermedad es desigual a la enfermedad de Parkinson; pues en dos casos se detenia en su desarrollo por la muerte, una vez cinco despues de tres o cuatro semanas de duracion; en el último caso persistió con bastante intensidad ocho meses despues de su aparicion.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

**Terminacion i pronóstico.** — La parálisis ajitante es una enfermedad siempre bastante larga, en que los sufrimientos ya aumentados, ya disminuidos sin desaparecer jamas, concluye de un modo terriblemente desconsolador por matar al paciente.

¿Cuando será Señores, el dia en que a la Ciencia médica continuando en su rápido progreso le sea dado curar estas lesiones tan profundas del sistema nervioso, que es la desesperacion de las familias?

A lo ménos queda el consuelo de que la enfermedad de que me vengo ocupando, tiene una duracion a veces mui larga de veinte, treinta i mas años, antes de matar al paciente. Jaccoud dice que basta tres a cinco años para alcanzar su maximum de desarrollo i que una vez que el enfermo llega a este grado puede vivir hasta mas del tiempo que ántes he indicado, sin grandes modificaciones.

Sea de esto lo que fuere, el hecho es que la muerte es la única terminacion que se le ha conocido hasta el presente i es consecuencia inevitable, del marasmo, del agotamiento nervioso o comunmente de algunas complicaciones intercurrentes, otras veces por las escaras i ultimamente cuando asi lo determinan los progresos de la misma enfermedad, ya precedida no en raras ocasiones de un delirio i coma, fatalmente mortal i no es estraño que en algunos un estreñimiento tenaz i constante de que ya he hecho mencion, que existe en el segundo período, sea sustituido por evacuaciones involuntarias.

Charcot dice que en dos casos existia una verdadera atrofia muscular. Tanto él como Trousseau han observado que la enfermedad intercurrente, que lleva el enfermo al sepulcro, mas frecuentemente es la neumonia, sin que quede una esplicacion clara de este fenomeno.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

**Tratamiento** Charcot recomienda el nitrato de plata, Edlefsen el subcarbonato de fierro, Brown-Sequard el cloruro de bario, Foner el hioscianno, Villemin el ioduro de potasio, Bourneville, el bromuro de alcanfor, Remak, la electricidad en forma de corriente continua i por fin, otros clínicos recomiendan los tónicos, hidroterapia, inyecciones subcutáneas de morfina, el curare, el arsénico en forma de licor de Fowler, la estricnina, el opio, bromuro de potasio, alcanfor, cloral, ergotina, belladona, haschich etc. etc.

Es suficiente que se hayan empleado tan numerosos i variados medicamentos contra esta enfermedad para que ya podamos pensar en la casi inutilidad de todos ellos con tal objeto? No vemos a cada paso ensayar toda la materia médica en afecciones que se resisten completamente a toda medicacion i que hemos visto a autores mas o ménos distinguidos, recomendar a tal o cual sustancia contra ciertas afecciones, esto debido ya a un error de diagnóstico o ya solamente a ilusiones pasajeras, cuando en realidad estas enfermedades siguen su lenta i fatalmente el curso que les está destinado?

Y cuando en la parálisis ajitante la lesion que encontramos con mas frecuencia es el reblandecimiento del mesocéfalo, que remedios podemos emplear contra ella, que la cure radicalmente?

El que ha tenido ocasion de ver enfermos i que le haya sido muy querido, puede conocer en su verdadero terreno, la desesperacion que ocasiona la impotencia de la medicina en estos casos.

Vuelvo a repetirlo no pretendo curar la parálisis ajitante, pero si, calmar muchísimo i casi hacer desaparecer los calambres, disminuir la rijidez muscular que hace imposible la marcha, hacer mas cuando ménos molesto el temblor, los movimientos voluntarios mas fáciles i exactos, producir hasta la alegría en el semblante, en una palabra, colocar al enfermo en condiciones mucho mas aptas, para que sus sufrimientos le sean mas llevaderos i dejo mas, prolongar su existencia.

Estoi cierto, que mas de uno me juzgará exajerado; pero, Señores, ahí estan mis dos enfermos, testigos inrecusables que jamas me permitirian llevarme de alagadoras ilusiones, ahí estan ellos que os pueden decir el efecto de las píldoras que toman al acostarse.

Se me dirá tambien, son solo dos casos, verdad; pero dos casos que me han probado hasta la evidencia la realidad de lo que digo, dos casos en que a veces mientras el uno tomaba el medicamento, el otro descansaba, palpando así las diferencias, dos casos por fin en que el interes que tenia en uno me hacia temer en el otro i que con todo el rigor de la imparcialidad de la observacion me permitió conocer la realidad.

El otro caso que he observado, no tomó el valerianato de atropina i solo tuvo muy poco tiempo en nuestra sala de Clínica; pues luego dejó de asistir.

Pero no se crea, que se me pasa por la imajinacion la idea, que si se me hubiera aceptado la indicacion que hice apenas lo vi, se habria salvado el enfermo, no, jamas diré eso, como lo espongo mas adelante cuando me ocupe de este caso.

Que papel hace el salicilato de soda? luego lo veremos.

Voi a permitirme hablar algo del valerianato de atropina, tocante a su accion fisiolójica, porque creo de necesidad para el estudio que voi haciendo; pero pasar lo mas lijero posible para no agotar vuestra paciencia, sobre todo cuando este es un medicamento cuya accion la conoceis demasiado.

Materia médica. El valerianato de atropina se nos presenta bajo el aspecto de cristales prismáticos, incoloros, de un sabor acre i un poco amargo, de un olor a ácido valeriánico, muy soluble en agua caliente que en frio i mas aun en alcohol. Su solucion se descompone por la accion del calor. Tratado por los diversos reactivos tenemos mas o ménos los mismos resultados que con la atropina.

Tambien se nos puede presentar bajo el aspecto pulverulento de un color blanco o blanco amarillento.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

**Accion fisiológica** — El Doctor Michea, ha preconizado mucho el valerianato de atropina i ha observado que este alcali vegetal (la atropina) combinado con un ácido perdia gran parte de su efecto tóxico i que su union con el ácido valeriánico, aumentaba por el contrario, sus propiedades terapéuticas especiales.

El autor ya citado, proponía solamente el uso del valerianato ácido, porque cualquiera otra combinacion del ácido valeriánico con la atropina, no obra ya de igual modo sobre la economía i ofrece los mismos inconvenientes, que la atropina en estado alcalino. Segun él, el valerianato de atropina puro i bien preparado le ha prestado mui buenos servicios en el tratamiento de las enfermedades convulsivas, el histerismo, la corea, el asma espasmódico, la coqueluche i en particular la epilepsia i la hidrofobia. Compuesto este medicamento de dos sustancias terapeuticamente análogas i en virtud de su acidez, es eminentemente soluble i absorbible a la mas corta dósis, reuniendo condiciones mucho mas ventajosas que el ácido valeriánico i la atropina administradas aisladamente a dósis mas altas. En vista de esto, no duda en proponer el valerianato de atropina como el antiespasmódico por escelencia i como el anticonvulsivo mas eficaz i seguro.

Como esto práctico creo yo, que es mas conveniente administrar el medicamento cristalizado; pues habiéndose conducido en una de las boticas de Santiago el valerianato de atropina cristalizado, se hicieron las píldoras en obra en que no se encontraba sino un polvo viscoso cambio que en el acto percibió por el esperma que me decia: estas píldoras no me sueltan los nervios, ni me secan tanto la boca i debo advertir que el paciente no tenia conocimiento del cambio de botica. En jeneral, los fenomenos que se manifiestan en el hombre con dosis de la atropina a una dósis un poco mayor.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

se medirá i porque no se administra simplemente la atropina en la pupila ojistante? voi a decirlo: a este enfermo hace ocho o diez años, cuando todavía la afeccion estaba muchísimo ménos avanzada que hoi se le dió este alcaloide en gránulos de un miligramo i lejos de aliviarlo se presentan en él todos los efectos fisiológicos, haciendo intolerable su uso por mas tiempo.

A la otra enferma suministrarla con la atropina granulada, tomando en consideracion las circunstancias de la paciente i el precio ~~[illegible]~~ del medicamento en nuestra botica; pero hacerla que a mi padre, esto es, efectos fisiológicos, pero ninguna mejoría.

Pasemos ahora a la lijera en revista los efectos fisiológicos de este medicamento en los diversos aparatos; para lo cual he consultado los mejores terapeúticos:

Absorcion i eliminacion.— Aplicada sobre la piel, provista de su epidermis no produce ningun efecto, pues no pasa al través de esta cubierta; pero en las mucosas i en inyeccion hipodérmica penetra bastante rapidamente en el torrente circulatorio i se pone en contacto con todos los órganos. La eliminacion se hace sobre todo por la orina i con tanta rapidez como se verifica la absorcion, se puede decir que a las veinte horas de administrado ya no queda en el organismo ni vestigio de este medicamento.

Varía mucho el tiempo en que se presentan los fenómenos de envenenamiento i esto depende de la vía por la que se administra; así inyectada directamente en la sangre los accidentes se presentan instantaneamente, bajo la piel a las dos o tres minutos i por las mucosas o el estómago de cinco a diez minutos. Los accidentes, que cuando se administra a pequeña dosis consisten en solo lo siguiente: sequedad de la boca i de la faringe, dificultad en la deglucion i en los movimientos

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

de la lengua, ronquera, disminucion i despues aceleracion del pulso. Sensacion de peso en la region supercilial, vértigo, cefalalgia, sensacion de calor como consecuencia de la disminucion de la perspiracion, alteraciones visuales, como son: diplopia, vista de los objetos como al traves de una niebla, dilatacion muí notable de las pupilas, conjestion de las conjuntivas, muchas veces delirio, movimientos coreicos, deseos frecuentes de orinar, pero la miccion es difícil, en casos mas raros rubicundez i edema cutaneo.

Cuando se da a dósis mas considerables, entonces tenemos que los fenómenos ya descritos tienen el carácter de mayor gravedad: la secrecion salivar desaparece, la deglucion se hace imposible, la afonía es completa, la respiracion es acelerada i anhelante, el temblor se manifiesta, la piel está caliente recubierta de una rubicundez escarlatiniforme; mas tarde tenemos la pérdida del conocimiento i de la sensibilidad, parálisis de los músculos de los miembros, debilidad i disminucion de los movimientos cardíacos, evacuacion involuntaria de orina i de materias fecales i por fin la muerte.

Accion sobre el sistema nervioso. — El Valerianato de atropina como la atropina, produce una excitacion cerebral bastante notable. Segun Von Bezold, esta actividad cerebral será debida a la parálisis de ciertos centros moderadores cerebrales, pero semejantes centros estan todavía lejos de ser conocidos con exactitud. Por otra parte, los señores Nothnagel i Rossbach, terapéuticos muí distinguidos, dicen que el verdadero centro moderador i que es perfectamente conocido, es el pneumogástrico i que la atropina obrando sobre este nervio produce paralizándolo i en consecuencia produciendo una excitacion cerebral i es preciso convenir que esta explicacion satisface i aclara el fenómeno de que

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

nos ocupamos. Si se seccionan los pneumogástricos en la región cervical entonces la actividad cardíaca i la presion sanguínea esperimentan las mismas modificaciones que bajo la influencia del envenenamiento por la atropina, pero sin que produzca delirio.

La atropina, sin duda alguna, como la morfina, tiene una accion directa sobre el cerebro. Binz, cree que solo la hipnótica pueden hacer sufrir alteraciones apreciables al microscopio a la sustancia cerebral i que la atropina no gozará de semejante propiedad, pero debemos tener presente que como la morfina, la atropina produce el sueño.

La accion sobre la médula espinal no está todavía bien aclarada, pero parece que ejerce primero un aumento i despues una parálisis de la escitabilidad refleja. Segun Nothnagel i Rossbach, las convulsiones que se producen a veces ántes de la muerte, despues que ya existian los fenómenos de parálisis jeneral, no deben ser miradas como resultado de la accion directa de la atropina, sino como dependiente de una acumulacion de ácido carbónico en la sangre, esto es, son convulsiones de asfixia.

Otra preciosa accion de la atropina, es la que tiene sobre los nervios periféricos i que consiste en disminuir la escitabilidad de los filetes sensitivos, propiedad que aprovechamos todos los dias para quitar o por lo ménos mitigar los dolores, ya empleando la pomada bellad[onada], ya las inyecciones de atropina solo o mas jeneralmente asociada a la morfina.

Accion sobre la pupila.—Si pretendiéramos detenernos en el estudio de la accion fisiológica de este medicamento, no concluiríamos tan luego, sobre todo cuando llegamos a la accion que tiene sobre los

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

los nervios de la pupila; pero ni es esto nuestro ánimo, ni tampoco debía serlo, desde que estábamos ocupándonos del Valerianato de atropina, sustancia á la que jamas ocurrimos para el tratamiento de ciertas enfermedades de los ojos, cuando tenemos el alcaloide de que disponer. Pero como ya he dicho, los efectos fisiológicos de esta última sustancia son como los de la atropina, para ser consecuentes necesitamos hablar de ella en poco. De cualquiera manera que se emplee, ya sea instilacion en el saco conjuntival, ya que obre sobre la totalidad del organismo el efecto que infaliblemente produce es la dilatacion de la pupila i una parálisis de la acomodacion, es tan notable esto, que a de Graef le es suficiente. 0.gram 0001 i segun Knies vasta 0.gram 000005 para producirla.

Dilatacion que resulta sobre todo de una parálisis de los filetes terminales del nervio motor-oculas comun en el iris i al efecto, se puede llevando delicadamente una cantidad sumamente pequeña de una solucion de atropina sobre un punto limitado del diafragma iridio para dar lugar a una dilatacion parcial de la pupila, dilatacion que se hace solamente al nivel del punto directamente recibido la impresion del alcaloide (Flemming). Cuando la dilatacion llega al maximum es muy difícil hacer obedecer la pupila, irritando el motor oculas comun o por medio de la luz. El músculo constrictor del iris queda durante mucho tiempo sensible a los excitantes directos i solo se pierde cuando la atropina obra a dósis muy considerables i durante largo tiempo.

Asi como unos piensan, que la dilatacion pupilar es solo debida a una parálisis de los filetes terminales del nervio motor oculas comun, otros i entre estos Cramer, Donders i Knies creen que esta primera es debida, ademas a una excitacion de las ramas terminales del gran simpático en las fibras radiadas del iris, en apoyo de cuya opinion citan varios esperimentos que no es del caso enumerar.

A consecuencia de esta dilata-

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL


cion penetran en el ojo gran número de rayos luminosos i producen el deslumbramiento; la parálisis de la acomodacion viene bien pronto, debida a la parálisis de los ramos ciliares del motor ocular Comun.

Accion sobre los músculos — Todos los músculos de la vida animal del tronco, Cuello de las estremidades conservan su Contractilidad Muscular despues del envenenamiento por esto al Caloide.

Ac. sobre la respiracion — La respiracion al principio se encuentra mas lenta, pero es debido esto a la accion de la atropina sobre los ramos pulmonares del pneumogástrico que disminuye la sensibilidad pero poco a poco Como Consecuencia de la lentitud de la respiracion, el Cerebro recibe mayor Cantidad de Sangre i Concluye por producirse una fuerte escitacion de la Médula oblongada, que se traduce por una aceleracion de la respiracion.

Sequedad de la boca — El ronquecimiento i la afonia son debidos a la sequedad de la mucosa Faringea a la que Constituye la Cesacion de la secrecion salivar i mucosa i aceleracion de los movimientos respiratorios.

Accion sobre la Circulacion — Administrando la atropina a pequeñas dósis determina una disminucion pasagera de las Contracciones Cardíacas i esto Como Consecuencia de la accion primitiva de este alcaloide sobre el neumogástrico que Consiste en una escitacion de los Centros Cerebrales de este nervio. Pero necesitamos de Cerciorar que este fenómeno está muy lejos de ser siempre Constante; pero si lo son del envenenamiento por la atropina los siguientes: la aceleracion muy notable de las Contracciones Cardíacas i el aumento de la presion sanguínea, Aceleracion debida a la accion paralítica sobre las últimas terminaciones del pneumogástrico en el Corazon i aumento de la presion sanguínea debida, tanto a una escitacion de los Centros Vaso-motores, i a la estrechez Consecutiva de las pequeñas arterias periféricas, Como tambien a la mayor rapidez de las Contracciones Cardíacas.

Pero notemos que una vez

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

en este estado i Continuando todavía la accion de la atropina a dósis mayores tenemos que esta excitacion de los vaso-motores se cambia en depresion, de manera que la estrechez primitiva de las pequeñas arterias, se reduce ahora a la dilatacion i la tension sanguínea al principio aumentada se acaba poco a poco.

**Accion sobre el pneumogástrico.** — La accion de este alcaloide sobre el pneumogastrico es bastante complicada, como ya se deja comprender i no creo del caso entrar en sus pormenores.

**Accion sobre la temperatura.** — Otra cosa que debemos recordar en la accion fisiológica de este medicamento es la propiedad que tiene de elevar la temperatura a dósis pequeñas i bajarla a dósis fuertes.

**Accion sobre las glándulas salivales.** — Al principio hicimos ya mencion del modo de obrar sobre las glándulas salivales i que consistia en hacer desaparecer casi por completo la secrecion de este órgano i que parece es debida a la parálisis de la rama nerviosa, cuerda del tímpano, que como sabemos su excitacion produce un aumento considerable de la secrecion salivar.

**Accion sobre el estómago e intestinos.** — Bien sabemos que este medicamento, como la atropina, provoca nausea i vomito cuando se inyecta en el estómago a una dósis mayor de la fisiológica; pero si vamos a ver como obra en el intestino, aquí ya no estan acordes los autores, así por ejemplo, mientras Kuchel admite que las pequeñas dósis de atropina hacen mas vivos los movimientos del intestino, Bezold piensa lo contrario; pero parece mas verdadero como creen los Doctores Nothnagel i Rossbach, que obra sobre los nervios esplánicos lo mismo que sobre los pneumogástricos, esto es, paralizando las fibras moderadoras, mientras que todas las otras fibras sensibles i motrices del esplánico conservan su actividad.

**Accion sobre la secrecion urinaria.** — La accion sobre la secrecion urinaria no está bien comprobada, ya se ha dicho que es diurética, ya que aumenta la eliminacion de azoe,

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ácido sulfúrico i fosfórico, ya que disminuía los clo-
ruros.

La piel, como todos lo sabemos, se pone caliente i
seca, el sudor disminuye.

Por último la muerte es proveniente de la parálisis final del Corazon.

---

Espero de nosotros, tengais paciencia para que os diga algo del otro medicamento que me ha producido tan buenos resultados en la enfermedad de Por-
kinson, ayudando al valerianato de atropina, esto es,
el Salicilato de soda.

---

## Salicilato de soda.

Caracteres ——— Encontramos este medicamento bajo la forma pulverulenta de un color blanco, formado por pequeños cristales brillantes, es completamente inodoro, su sabor es solo ligeramente ácido, azucarado i astrin-
gente a la vez. La solubilidad en el agua es muy poca cuando esta se halla fria, pero lo es mucho mas en el agua hirviente. Esta disolucion pierde en contacto del aire un color amarillo pardusco, que al fin se hace pardo. Bajo la accion rápida de un fuerte calor esta sustancia se descompone, dando lugar a la for-
macion de ácido fénico i carbónico.

Como carácter químico de gran importan-
cia haré mencion de la de colorearse en violeta mas o ménos oscuro una solucion acuosa de salicilato de soda en presencia de las sales de fierro. Propiedad de las que nos valemos para conocer su presencia, por pequeña que sea, en los líquidos del organismo.

Haré notar tambien, que no siempre se encuen-
tra químicamente pura esta sustancia, en el Comercio, pues muchas veces contiene algo de ácido fénico a lo que se debe esa irritacion, que ocasiona en la boca, fari-
ge i aun estómago a las personas que hacen uso de los

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

preparados del ácido salicílico.

Accion fisiolójica——— Pasaré solo mui a la lijera sobre la accion fisiolójica de la sustancia de que nos estamos ocupando:

Tomado el Salicilato de soda a la dósis de uno, dos i mas gramos al dia no produce casi ninguna alteracion ni en la salud, ni en las funciones.

Yo he visto a una niñita de tres años, que, habiendo tomado por equivocacion 5 gramos de Salicilato de soda que se habia dejado sobre una mesa, a la media hora fué presa de una lijera Congestion Cerebral, dolor i desvanecimientos de Cabeza, zumbidos de oidos, sordera, aturdimiento, vertigos, vómitos frecuentes, traspiracion abundante, disminucion en la frecuencia e intensidad del pulso, creciendo en ese momento de un termómetro, sentí no haber comprobado la temperatura, que al tacto me pareció normal. Pero el hecho era, que la pequeña niña presentaba el aspecto de una persona ebria, encontrándose bajo la influencia de una verdadera intoxicacion salicílica. A las dos horas solo conservaba un pequeño dolor de Cabeza i se hallaba un tanto abatida; habia conseguido dormir como una hora, al despertar tuvo necesidad de orinar, pero la miccion fué difícil i dolorosa; el pardusco de fierro medio en el acto una Coloracion violeta subida, que me indicó la presencia del Salicilato de soda.

La segunda vez que orinó fué mucho menos difícil la miccion. En la noche durmió bien i al dia siguiente amanece, jugando con los otros niños tan alegre como siempre.

Pero esto: cierto que a un adulto no le habria pasado nada semejante.

A dósis moderada produce descenso de la temperatura, descenso, que han querido esplicar algunos (Kölher) diciendo: que retarda por una parte la respiracion, disminuyendo la escitabilidad de los nervios sensibles del pulmon i por otra, disminuye la presion intravascular, obrando directamente sobre el músculo cardíaco de tal modo que el pulso se

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

toda i la orina sanguínea se eleva (hasta cierto punto como la digital); cualquiera que sea la explicacion tenemos un resultado cierto, cual es, que este medicamento es un poderoso antipirético.

A dósis de 8 a 10 gramos, invariablemente tanto en sanos, como enfermos determina cumbida de oidos mui violenta i si se continua la administracion sobrevienen trastornos cerebrales mas graves: fuerte cefalálgia, sordera completa i adormecimiento de la inteligencia, mas todavía un delirio semejante al delirium tremens, despues convulsiones i ataques estaniformes que terminan por el colapso i la muerte. Desórdenes que se han tratado de relacionar con trastornos en la circulacion cefálica, en efecto, hai cefalálgia intensa, como ya lo he dicho, precedida de vivo encendimiento de la cara i del cuello; en una observacion de Gubler epistaxis considerable.

En conclusion, el salicilato de soda al hacerse tóxico obrará paralizando los vaso-motores de la cara i del encéfalo.

El salicilato de soda, comienza a ser eliminado a la hora, segun unos i a los 10 minutos, segun otros, despues de su administracion interna, como puede comprobarse por la presencia en la orina i cuyo medio es muí sencillo; una disolucion de percloruro férrico de 10°, produce la coloracion violeta que ya he mencionado.

Segun parece, su eliminacion completa, se hace a las veinte horas despues de ingerido, pero no solo son los riñones los que desempeñan este papel, pues tambien dan salida a esta sustancia al esterior, las glándulas salivales, la piel i los bronquios i al efecto, se ha encontrado en la saliva, sudor i espectoracion. Segun el Doctor Rochefontaine de Lyon, se absorbió por la epidermis; pero lo es de una manera mas segura por las mucosas i el tejido Celular subcutáneo. Haciendo inyecciones hipodérmicas de ácido salicílico, aparece en el jugo gástrico

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

i en las secreciones intestinales.

Las dos grandes propiedades del ácido salicílico i de su compuesto i que le han dado tan justa celebridad son: la antiséptica i desinfectante i la no ménos real e incontestable sobre el reumatismo articular agudo.

Voi a insistir un momento en esta última accion, porque creyendo exacta i apoyándome en una de las hipótesis que se han emitido para esplicar el modo de obrar del salicilato de soda en el reumatismo articular agudo, me esplicaba tambien de un modo claro, uno de los papeles que desempeña esta sustancia en la poliartritis aguda.

Leyendo el artículo del profesor A. Vulpian que tiene por título: "Modo de accion del salicilato de soda en el tratamiento del reumatismo articular agudo", veremos que para muchos médicos notable este medicamento estaría dotado de propiedades anestésicas sobre las estremidades periféricas de los nervios articulares i sería en virtud de esta propiedad como obraría en la curacion del reumatismo articular agudo i viene en apoyo de esta esplicacion, que el dolor de las articulaciones enfermas es el primer síntoma del reumatismo que desaparece bajo la influencia de la medicacion salicílica, los demas fenómenos mórbidos, hinchazon, rubicundez i calor de la region articular se atenuan a medida que baja la fiebre. El dolor sería pues, el síntoma principal i dominante que encierra toda la afeccion.

El profesor Vulpian, niega rotundamente semejante propiedad i dice que ni por la esperiencia, ni por los hechos clínicos se ha probado que el ácido salicílico ejerza una accion anestésica sobre el organismo, pues, dice, permanece completamente estraño al sentido especial de la sensibilidad. Sin embargo, se ha visto apaciguar los fuertes dolores de la fiebre tifoidea, hacer desaparecer ciertas cefalálgias i yo, aunque mi opinion valga muy poco, he

visto i veo calmar mucho los fuertes calambres de que suelen ser enfermos de parálisis ajitante, sometiéndolos al tratamiento del salicilato de soda. Si mas que todo ¿ no tenemos los esperimentos de Laborde, hechos en perros i conejos que, practicándoles inyecciones venosas de esta sustancia, daban muestra de analgesia casi completa?

Yo no digo tampoco, que este medicamento ejerza sobre la sensibilidad una accion tan segura i enérjica como la del éter, cloroformo, o cualquiera otro anestésico, ni digo ni podria decir de ninguna manera, que cualquier dolor seria suprimido con el uso del salicilato de soda, pero que lo es en los casos que ya he mencionado, no me cabe la menor duda.

¿Oh serán ilusiones mias i de mis enfermos? pero engañarse tantas veces; i por otra parte, que yo solo quera el alivio, se concibe, pero no que los pobres pacientes se engañen asi mismos con sus dolores, hasta el punto de creerlos suprimidos.

Hai otra cosa que todavia debemos tener presente i es que si es verdad que este cuerpo se ha estudiado mucho, sin embargo, estamos todavia muy lejos de conocer el verdadero modo de obrar en el organismo i ¿ejercerá la misma accion en un individuo sano, que en un enfermo?

El distinguido profesor ya citado, despues de pasar en revista, las diversas teorias emitidas sobre el modo de obrar del salicilato de soda en el reumatismo articular agudo, que creo inútil mencionar, concluye por no satisfacerle ninguna i cree que tiene una accion especial sobre los elementos anatómicos de los tejidos articulares i los hace refractarios a la irritacion particular que tiende a provocar el reumatismo poliarticular agudo.

Pero sea de esto lo que quiera el salicilato de soda tiene una poderosa accion favorable en la parálisis ajitante, calmando el dolor en virtud de su accion anestésica i si es verdad, que no

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

me dió una esplicacion clara de la manera como obra sobre el sistema nervioso, no por eso voi a permitirme negar los resultados que estoi mirando.

A pesar de esto, esos fenómenos consiguientes al empleo del valerianato de atropina, como son, la falta de apetito i un cierto estado de desvanecimiento i languidez, desaparecen completamente con el salicilato de soda a la dósis de 2 gramos por la mañana.

La única contraindicacion a su administracion, será una lesion renal porque debo decir que puede determinar a dósis alta albuminuria i aun hematuria; ahora bien, encontrándose con un enfermo en quien no se elimine por no encontrar expedita su vía de salida, resultando de esto una acumulacion en la economía de las dósis normales, equivalentes al fin a una dósis tóxica.

De aquí concluimos, que siempre que estemos administrando el salicilato de soda a un enfermo de cualquiera afeccion que sea, debemos vijilar con cuidado la integridad de los riñones, suspendiendo el uso del medicamento tan pronto como se presente albuminuria o no sea regular su eliminacion.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

UNIVERSIDAD DE CHILE
MUSEO NACIONAL DE HISTORIA DE LA MEDICINA
BIBLIOTECA
FACULTAD DE MEDICINA

# Observacion primera

N. N. _____ Tiene 58 años de edad, de Constitucion fuerte. Hasta el Año 1868 en que principió la enfermedad había gozado de mui buena salud, pero siempre, tanto él, como a su familia le ha caracterizado un temperamento nervioso. Los antecedentes de familia no indican en él que pueda existir una diátesis; pues sus padres aparte de no haber sufrido nunca enfermedad de consideracion, murieron de una edad avanzada.

Durante el curso de su vida jamas ha hecho uso desarreglado de los placeres, tanto sexuales, como alcohólicos, ni aun jamas ha demasiado; su trabajo es el de la agricultura.

La primera enfermedad que tuvo fué como ya lo he dicho ántes una pleuresía aguda i despues en su convalecencia, apareció en la parte media i anterior del torax una mancha cardenálica i dolorosa, curada esta, casi inmediatamente notó un pequeño temblor en la mano derecha, temblor que iendo en aumento i unido a los demas síntomas que presentaba me hizo conocer que se trataba de una parálisis agitante.

Me parece superfluo entrar a hacer su sintomatalogía cuando ya he dicho que para describir esta neurósis he tomado por tipo de ella a este enfermo.

Desde que principió el temblor hasta 1878, esto es por el espacio de 10 años, consultó a varios facultativos de Santiago, estos agotaron todos los medicamentos que creyeron del caso, como eran: los tónicos, algunos narcóticos, los antiespasmódicos, la estricnina, la misma atropina los baños de mar, de Chillan, Cauquenes, Apoquindo etc. etc. pero cual mas, cual menos, la accion de todos ellos era la contrariedad, mientras tanto nuestro enfermo iba empeorando dia por dia; los calambres aumentaban paulatinamente su frecuencia e intensidad, el pobre pa-

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



viendo ya casi no tenía momento tranquilo, la rigidez de los músculos i articulaciones le impedían todo movimiento; pero tenía en su favor que el apetito siempre estaba bueno, su digestion marchaba de la misma manera, el sueño le era fácil conseguirlo, siendo este tan tranquilo i apacible como el de una persona que goza de perfecta salud, sin embargo existía un estreñimiento tan tenaz, que era necesario el empleo diario de lavemas de agua fria (aun muy tibia) el uso de los purgantes uno de los mas suaves como el citrato de Magnesia, le era sumamente perjudicial; pues estos le aumentaban los calambres i la postracion.

En Julio del 78, la enfermedad marchaba a pasos agigantados rápidos i parecia que el Señor C. N. sucumbiría ya fuera por el agotamiento nervioso o por cualquiera complicacion, pues, era presumible que una enfermedad intercurrente cualquiera le podría ser fatalmente mortal.

Aquí encontramos al médico desarmado en presencia de un enfermo que le confia i a quien se quiere salvar i que desgraciadamente la ciencia permanecia muda. El Dr. Allen de Paris, que era el facultativo que con tanto celo i solicitud, lo había asistido durante varios años, trató de vencer el estreñimiento que tanto le molestaba, administrando el podofilino a la dósis de 3 centigramos en una píldora al tiempo de acostarse i se proponía aprovechar la múltiple accion que tiene esta sustancia sobre el intestino, cuales; irritar la mucosa sin producir enteritis, aumentar la energía de las contracciones de las fibras musculares, dándolo en la noche al acostarse se puede contar por la mañana con una evacuacion normal, sin dolor alguno de vientre i mas todavía, el podofilino, tiene la notable ventaja, mui rara por cierto en los purgantes, la de no determinar estreñimiento consecutivo, ser tolerado perfectamente por el estomago, no fatiga los organos i puede obrar largo tiempo sin perder su virtud.

Leyendo Trousseau, cuando se ocupa de este me-

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

dicamento, vemos que lo recomienda a los paralíticos i dice que tiene una gran ventaja i es que se puede regularizar la hora de la exoneracion ventral, provocándola en el momento de levantarse de la cama, de manera que instalado los pacientes en un sillon no tengan ya que moverse.

Este Colmo de ventajas, como era natural, indujo al distinguido Dr. a administrar este medicamento, libertándolo así de los enemas i molestias consiguientes.

Por el espacio de tres noches siguió tomó las píldoras, pero todas las ventajas de que era poseedor el purgativo, fueron a estrellarse con la tenacidad de nuestro enfermo, los resultados fueron, pues, nulos. Las lavativas eran las que volvian a producir su efecto.

Me olvidaba decir que tanto el corazon, pulmones e hígado estaban en perfecto estado con relacion a sus funciones.

En esta circunstancia el Dr. Allende, despues de prohibido el Cigarro, porque aumentaba el malestar general, tuvo la feliz idea de recetar lo siguiente:

℞.

Valerianato de Atropina ——— 10 centigramos
Estracto de nuibarbo ——— C. S.
M. H. píld Nº 40. T. una en la noche —

En efecto, toma en la noche segun indicacion, la primera píldora, al cuarto de hora siente el enfermo, mucha sequedad en la superficie cutanea i segun decia él, parecia que debajo de la piel tenia brasas de fuego, excitacion, malestar, debilitamiento de la vista, sensacion de opresion en los oidos, zumbidos de oidos, sequedad de la garganta, sed, deseo de orinar, al que se hace la miccion es difícil, pero no dolorosa; en una palabra, se halla bajo esta pequeña intoxicacion por el valerianato de atropina. A la hora ya todo ha desaparecido i solo conserva un pequeño dolor de cabeza, luego se

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Queda dormido hasta el otro dia i se levanta con una notable mejoría, casi no ha necesitado de ayuda para ponerse los vestidos, continua en este estado durante el resto del dia, el andar es mas fácil, los calambres menos numerosos i mas pasageros, no alcanza a ponerse la lavativa de todos los dias porque con un poco se suficiente para producir su efecto. Aparte de estas mejoría el enfermo se siente falto de apetito con pequeño malestar en el estómago i aun náuseas.

Continua tomando la píldora al tiempo de acostarse i sus beneficios resultados se suceden dia a dia, pero la anorexia inquieta al enfermo i consultado de nuevo el Dr., le suministra el solicitado de soda a la dósis de 50 centígramos antes de almorzar, desde la primera vez que lo tomó, ya el Sr. N. N. come mejor i lo que es mas se aumenta el bien estar producido por el valerianato de Atropina.

De manera que este medicamento, sin determinar inconveniente alguno, tenía la doble ventaja 1°, ayudar de un modo notable los beneficios efectos del valerianato de atropina, suprimiendo por completo los calambres, haciendo la marcha aun mas fácil todavía, hasta el punto de decir el paciente, que cuando está sentado no se acuerda que está con su parálisis agitante i en 2° lugar, ha de desaparecer la anorexia que tan perjudicial le era.

Continua con este mismo régimen hasta el mayo de 1880 en que ya se ha establecido la tolerancia, siendo casi nulos tanto la accion terapeútica, como fisiológica (1) Y no encuentro menos digno de atencion el hecho, que durante el espacio de casi dos años el valerianato de Atropina haya tenido ejercido con muy poca diferencia la misma energía del principio.

En este tiempo el Dr. Cavellenda, se encontraba fuera del pais, prestando sus servicios en el Norte, asi fué que el Sr. N. N. tuvo, mui a su pesar, que consultar otro facultativo el que le suprimió el valerianato de Atropina i le administra el

(1) No se debe de extrañar, pues como sabemos es raro que la atropina determine la tolerancia i que por el contrario se aumente la energía de accion, miéntras que la toma el enfermo—

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



estracto de Nuchicle a la dósis de dos Centígramos al
dia en dos píldoras, pero no pudo soportar semejan-
te tratamiento i encontrándose mui mal se resol-
vió a curarse solo i volver a tomar las Antiguas
píldoras, las que a su vez Correspondieron a las
esperanzas del enfermo.

Yo estaba tambien en
el ejército del Norte Con el Carácter de Cirujano 2º
pero me permitió tampoco dar de Cerca ningun
Consejo a nuestro querido enfermo.

En el mes de Junio
de 1881 llegábamos de regreso Con el Jral. Allende
i le administra la siguiente receta:

℞.

Valerianato de Atropina 15 Centígramos
Ext. de nuibarbo C.S.
M. H. píld. Nº 40. T. Una en la noche.

Esto es, aumentaba 5 Centígramos de principio
activo a las Cuarenta píldoras.

Hasta la fecha Continua
Con este mismo tratamiento, es decir: al tiempo de a-
costarse una píldora de las prescritas Anteriormente,
una hora ántes de Almorzar 50 Centígramos de Soli-
cilato de soda (pero diré Ademas que se ha tomado hasta
sesenta Dos gramos). En el momento de Cada Comida Cre-
yó mui Conveniente administrarle una pequeña Can-
tidad de Yoduro de Cal, tomando en cuenta, los grandes pér-
didas de Yoduros por la orina que determina esta Enfer-
medad.

Pero Como el Yoduro de Cal debia, Como era
de suponer, producir un estreñimiento aun mayor
del que habitualmente sufria el enfermo, lo he asocia-
do a la polvos de nuibarbo de lo que todavia no he
tenido felizmente que arrepentirme.

Si vosotros viérais hoi al
Jral. O'H. Vdes. os llamaria la atencion, su semblan-
te, la claridad del semblante, la facilidad relativa de la
marcha, su buen apetito i en general el perfecto funcionamien-
to de sus órganos. Y recordad que la enfermedad tiene 14 años
de existencia –

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



# Observacion segunda.

**Mercedes Paredes** ——— Mujer de 49 años de edad, soltera, Constitucion mediana. Hasta fines del año 1874 en que principió la enfermedad, había sufrido varios ataques de histero-epilepsia, dice que cualquier ruido un tanto brusco le causaba mucha impresion. Por lo demas, sus cinco desembarazos habian sido muy cortos i felices, los niños nacieron bastante sanos i robustos. Los antecedentes de familia no indican nada; pues todos los datos que da se reducen a decir que su padre murió de una caida de a caballo, cuando ella estaba todavia muy pequeña i que en consecuencia no conserva recuerdos de él; en cuanto a su madre dice murió de pulmonía a una regular edad. Pero examinando a la Paredes, no nos indica que haya en ella predominio diatésico especial.

Nos dice haber gozado mucho de su vida cuando jóven. Su oficio era el de Costurera.

Preguntándole repetidas veces acerca de la manera como le comenzó la enfermedad, siempre nos contesta lo mismo: que insensiblemente apareció un pequeño temblor sin que le produjera dolor en la mano derecha, pero sin que anteriormente hubiese tenido enfermedad alguna. Debo decir, que la Paredes, vive en un lugar húmedo i mal sano i como he dicho ántes, la accion constante de la humedad, puede ser una causa productora de parálisis ajitante.

Temblor fué este, que ya le molestaba mucho, por que aumentando poco a poco de una manera constante i regular, ya no era solo la mano la que estaba agitada de movimientos rítmicos, sino que iba ganando en extension hácia el antebrazo i el brazo. La pierna del mismo lado la sentia con ménos fuerza i como si estuviera cansada, pero todavia no la

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

arrastraba, dolor no sentía absolutamente en ninguna parte de su cuerpo, por este motivo ella no hacía mucho incapié en su enfermedad.

Como al año de haberle comenzado el temblor tuvo un sexto hijo que nació tan lleno de vida como los otros cinco hermanos, por su parte la paciente quedó tan feliz en este como en los anteriores desembarazos i dice que le parecía haber disminuido el temblor, pero por desgracia esta ilusoria mejoría se concluyó luego i vino a manifestarse la enfermedad con mayor intensidad i en peores condiciones; pues ya no solo era el temblor el que le molestaba sino que sentía calambres en el pecho i en los miembros atacados, calambres que aumentaban en fuerza i frecuencia cada dia.

Sea por temor al hospital, por desidia o por cualquier otro motivo, el hecho fué que se abandonó a su propia enfermedad, recibiendo cuando mas los remedios que podían administrarles las curanderas del pueblo.

En el mes de Junio de 1881, esto es, despues de mas de seis años de enfermedad tuve por casualidad ocasion de conocer a Mercedes Paredes, no desperdicié para mis estudios interesantes aquella ocasion de buena voluntad observada i tratada por mí, contribuyendo de esa manera a robustecer mas todavía la fé que me prestaba el valerianato de atropina, como piedra de toque, contra los avances de la parálisis agitante, o por el contrario, ponerme a la vista lo que había en esto de verdadero i efectivo, tenía pues la mas sana intencion para llegar a la verdad.

No me parece del caso hacer una relacion diaria de la marcha que siguió la enfermedad durante el tratamiento, ni tampoco hacer una descripcion de los síntomas que presentaba cuando me hice cargo de ella, pues no conseguiría otra cosa sino hacer demasiado pesada esta observacion. Me parece suficiente saber: que su parálisis agitante, contraida a

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

los solos esfuerzos de la naturaleza por el espacio de seis años había llegado al segundo período perfectamente caracterizado en ambos lados del cuerpo.

Resuelta como estaba a curarse conmigo, le administré un gránulo de a un miligramo de Atropina, á pesar que ya había sido dado en el principio de la enfermedad al Sr. N. N. sin resultado favorable alguno.

En esta vez los efectos fisiológicos fueron casi nulos, a la segunda noche le dí otro gránulo, se obtuvo efectos fisiológicos pero la enferma se encontró peor, por cuanto a la enfermedad se le vino a agregar el mal estar i decaimiento consiguiente a la atropina.

Renuncié pues entonces, a este alcaloide i le administré precisamente las mismas píldoras que había tomado al principio el Sr. N. N. A la mitad hora de haberse tomado la primera, la enferma se encuentra bajo los efectos del valerianato de atropina, que ya he mencionado en la anterior observación; pero poco después concilió el sueño, pasó bien la noche i al otro día se sintió mejor, que los días anteriores, su apetito estuvo bueno e indicaba mas contento en su semblante.

Continuo después, dándole las mismas píldoras por el espacio de dos meses, al cabo de cuyo tiempo, noté que la mejoría que existía anteriormente, le estaba estacionaria, entonces creí llegado el caso de emplear el salicilato de soda, el que me produjo los buenos efectos que yo creí obtener.

Debo decir que a esta enferma le suspendía cada cierto tiempo el valerianato de atropina i el salicilato de soda con el objeto de asegurarme de la realidad de sus efectos i mientras tanto daba otros antiespasmódicos, pero todos eran inútiles; hasta que convencida de la innegable efectos de dichos medicamentos dejé a la pobre enferma continuar con ellos hasta este momento, en que cada día está mas agradecida i contenta.

Creo que lo expuesto es suficiente para demostrar la realidad de mis dos observaciones i a los que tanto me he contraido por el espacio de dos años

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

# Observacion Tercera.

He creido conveniente agregar a las dos observaciones anteriores esta tercera, que aunque no ha sido tratada por el valerianato de atropina, sin embargo, la creo digna de especial mencion. Trabajo que ha sido hecho por el dueño de la cama al que ya me uní, Constribuyendo en lo que me fué posible.

Juan A. Zamorano de sesenta i cuatro años de edad, Constitucion mediana, labrador, entró al hospital de San Juan de Dios el 20 de Junio a ocupar la cama n.º 7 de nuestra sala de Clínica interna (del Dor. W. Diaz, Sala del Salvador).

Anamnesis — El paciente cuenta que ha sido muy sano; pues no recuerda haber padecido enfermedad alguna de consideracion; que ha sido ántes de ahora muy afecto al alcohol; que sus padres murieron de edad avanzada i el uno de "mal de orina", como dice el enfermo, i la madre de una enfermedad al pulmon, al parecer por lo que dice que tosia i arrojaba sangre por la boca i por último que hace solo tres meses que a consecuencia de las repetidas esposiciones a la humedad a que lo obligaba su oficio, sintió que sin dolencia alguna i poco a poco eran cada dia mas dificultosos i lentos los movimientos de su brazo izquierdo, perdiendo, como él decia, la fuerza; i esto acompañado de temblor a ese miembro i ademas de una sensacion como que madura en el pié del mismo lado, localizándose sobre todo ese ardor en los dedos.

Despues sin dolor ni sensacion alguna penosa, apareció tambien poco a poco la lentitud de los movimientos i el temblor del miembro superior derecho siendo imposible desde

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

entonces dedicarse al trabajo.

Exámen —— Lo que nos llama desde luego la atencion es el temblor de que estan agitados ambos brazos. Examinaremos primeramente la posicion de los miembros superiores i en seguida analizaremos el temblor.

Los brazos se encuentran lijeramente separados del tronco, los antebrazos en semiflexion, las manos se colocan al nivel de la region umbilical con los dedos un tanto derivados hácia el borde cubital. El pulgar en semi-estencion, se dirije hácia la cara palmar del índice; las primeras falanjes de los otros dedos se encuentran en flexion i las segundas i terceras en semi-estencion, de modo que la actitud de la mano se parece a la del que toma una pluma para escribir.

En cuanto al temblor está caracterizado por convulsiones clónicas constantes que se ejecutan en el reposo, cesando por un esfuerzo de la voluntad o bien cuando cuelga los brazos a lo largo del cuerpo i tambien durante el sueño. Este temblor es comparable al movimiento que adquiere la mano al mayor el uso (muneca).

Este temblor es debido segun Jaccoud, como ya lo he dicho ántes, a la perdida de tonicidad i de aquí que las impulsiones motrices i tonicas esten separadas por un intervalo apreciable, imprimiendo esta alternativa de edilatacion i relajacion sucesivas a los miembros, lo que constituye el temblor.

Este temblor se hace mas rápido en un miembro, cuando con el otro ejecuta algun movimiento voluntario; así cuando lleva la mano derecha a la cara cesan las convulsiones de esta mano i aumenta la intensidad de las de la izquierda.

La actitud de la mano, lo mismo que el temblor cesan con la voluntad, reapareciendo tan pronto como la atencion del paciente se dirije a otra parte.

No se nota gran debilitamiento en las fuerzas i si solo una gran lentitud en el cumplimiento de

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



los actos voluntarios, sin embargo, el enfermo dice que cuando principió la enfermedad, tenía bastante fuerza para apretar algo entre sus manos.

La sensibilidad está normal, otro tanto diremos de la memoria e inteligencia, que apesar de todo, se encuentra algo perdida.

En la cara se nota cierta debilidad, la mirada es generalmente fija. El labio inferior aplicado al superior Cae a veces i en ocasiones se nota un pequeño temblor que ajita la mitad derecha del labio superior; por otra parte, la Cabeza no presenta temblor o tan solo un movimiento Comunicado por las Contracciones de los brazos. En los miembros superiores no hai temblor; pero siente un dolor quemante en las piernas, sobre todo cuando está abrigado en la cama. Este Calor que esperimenta no está en relacion con la temperatura, pues la piel se conserva fresca i normal.

La marcha del enfermo no tiene otra cosa de notable, que la actitud un tanto jibada del tronco i ademas la lentitud o mas bien, la incertidumbre que se nota en él, ántes de dar el primer paso.

La temperatura es normal, apesar de las Contracciones tan enérjicas de los miembros i esto talvez sea debido a que estas Contracciones son dinámicas i no estáticas, de modo que predominan los movimientos Clónicos, que no afectan la temperatura.

En cuanto al examen de la orina, para averiguar si en este Caso hai porfirina en abundancia, he aquí el resultado obtenido por cinco de nuestros distinguidos Compañeros (Sr. G. del S.).

La Cantidad de orina en las veinte i cuatro horas es de 309 gramos, el Color es mui encendido, la densidad es normal i su densidad a la temperatura Ambiente de 9° es de 1030.

Filtrada la orina i tratada, primero, por el oxalato de Amoniaco deja un depósito i le da un Color blanco.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

2º En pequeña cantidad de amoniaco da un precipitado opalescente, que se redisuelve en un exceso de reactivo.
3º. Tratada por la potasa da un precipitado blanco, pulverulento.

Ahora bien, la reaccion del primero, nos manifiesta la presencia de Sales Calcáreas, puesto que el depósito formado no puede ser sino de oxalato de Cal, que es insoluble; la del segundo reactivo nos demuestra tambien la existencia de estas mismas sales ó el precipitado opalescente, soluble en un exceso de Amoniaco es de hidrato de óxido de Calcio. Por último, la reaccion de la potasa nos indica tambien la existencia de Sales Calcáreas, pues el precipitado pulverulento es de hidrato de oxido de Calcio.

Reconocido así la existencia de Sales de Cal por medio de la reaccion siguiente. que ha demostrado que estas Sales de Cal, son fosfatos, hagamos la reaccion:

Tratada la orina por el nitrato ácido de bismuto da un precipitado Color Amarillo Cremoso, que despues toma Color Rosado, que es de fosfato de bismuto insoluble.

Por último con el Molibdato de Amoniaco da un precipitado granoso que es de fosfo-molibdato de Amoniaco.

Queda por consiguiente Comprobada la existencia de fosfatos.

Diagnóstico——— Tenemos en vista una neurósis, Caracterizada por el temblor. Ahora bien, de las afecciones que tienen como síndroma el temblor las que mas se asemejan a nuestro Caso son: el baile de San-Vito ó Corea, la esclerósis en placas ó principalmente la parálisis agitante.

En vista de los síndromas que el Señor presenta, tenemos que la Corea queda eliminada, desde que a mas las Coordinaciones de los movimientos: así en el Caso presente el temblor existe durante el reposo, cesa por un esfuerzo voluntario, procediendo lo contrario con la Corea, en cuyo mal solo se hace notar el temblor, siempre que el paciente desea ejecutar un movimiento

En cuanto a la esclerósis en placas, también queda eliminada por la falta de temblor en la Cabeza, dedos lores fulgurantes. Además en esta afección, como en la corea el temblor solo aparece al ejecutar algun movimiento voluntario, cesando con el reposo. En fin, falta también el nistagmus, síntoma casi constante de la esclerósis en placas Cerebro- espinales ó cerebrales.

Podemos pues, ya sentar nuestro diagnóstico, cual es, el de una parálisis agitante ó enfermedad de Parkinson.

Localizacion —— En cuanto a la localizacion de esta enfermedad Parkinson i Con el Jaccoud i otros la localizan en el puente de Varolio, en la médula oblongada i porcion cervical de la Medula; pero esto ya está espuesto en la Anatomía patológica i no necesitamos volver hablar mas de ello. Luego veremos lo que nos dió la autopsia que hicimos despues.

Tratamiento —— El Compañero, dueño de la Casa, propuso a nuestro profesor, la electricidad, en forma de Corrientes Continuas, aplicando el polo de Cobre en la Columna vertebral i pasando el Rizione por los puntos de emergencia de los nervios. Yo a mi vez, indiqué el valerianato de atropina al interior, pero probablemente no se quiso aventurar, emplear un tratamiento que prestaba poca confianza, aun cuando ami me prestaba mucha.

Dia 21 de Junio

Se administra una pocion sudorífica - Polvos de Dower 45 Centígramos en infusion Caliente.

Dia 23 de Junio

Se nota que el temblor ha disminuido mucho i que es mas raro.

Un baño a vapor i aplicacion eléctrica, Corriente interrumpida, al interior el ioduro de potasio.

R.

| | |
|---|---|
| Cocimiento de zarzaparrilla —— | 100 gramos |
| Yoduro de potasio —— | 4 " |
| Jarabe de Cortezas de naranja - | 15 " |

M. F. Una cucharada al dia.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



## Dia 24 de Junio

El paciente se siente un tanto mal, pues en la noche se levantó, ha sufrido un sincopé i se le administra: Polvos Dower 0.75 Centígramos para tres papeles, uno cada tres horas en infusion caliente. Aplicacion eléctrica.

## Dia 25 de Junio

Sigue un poco mal, aun que mejor que el dia anterior. Aplicacion eléctrica.

## Dia 26 de Junio

El enfermo se levanta de noche, segun el dice, que pesa de la cabeza, está mui decaido, hai mal olor al acercarse a la cama (olor a gato). La inteligencia está mui perdida, el estado general mui decaido. Parece que hai un reblandecimiento Cerebral, el temblor ha desaparecido, aunque no del todo. Se suspende la aplicacion eléctrica.

## Dia 28 de Junio.

El paciente sigue peor, dice que no come por temor de ahogarse, el vientre está escavado, siente dolor en la region umbilical, la lengua mui sucia. La debilidad es mayor, siente dores en los miembros, no tiene fuerza aun para sentarse. Se suspende el ioduro de potasio i se administra:

Manitó de 5 gramos

Para la noche: R.

Infusion de pabonendo (4 gramos) 150 gramos

Polvos de Dower. 30 Centígramos

M. S. Dos veces en la noche.

## Dia 29 de Junio.

Descanso. Para beber ioduro de fierro. Una cucharada dos veces al dia

## Dia 30 de Junio

El enfermo está mui mal; siente dolores quemantes en los miembros inferiores i por esto se destapa continuamente. Se orina en la cama, el vientre escavado i doloroso al tacto. Los latidos del Corazon son tumultuosos, la vista fija, ha sentido calofrios en la mañana. A la auscultacion se nota roce en el pulmon izquierdo i además estertores mucosos, roncantes i sibilantes en ambos

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

pulmones. Hai un estado de inanicion casi completo.

Se suspende todo i se administra, el jarabe de ioduro de fierro, dos cucharaditas, vino de quina en las comidas i alimento por cualquier medio que sea posible. Respiracion 50, pulso filiforme, imperceptible, temperatura 37°.5.

Luego se le da un poco de caldo i vino, le vienen accesos de tos i arroja una parte del alimento, la espectoracion es purulenta.

El paciente dejó de existir a las 8 P.M. de ese dia.

**Autopsia** El dia 20 se procedió a la autopsia. Abierto el craneo no cortó desde luego, algun trabajo desprender el Cerebro de las cubiertas, hácia la parte media i superior de los hemisferios presentaba en ese punto una adherencia muy grande entre la dura i pia madre. En los senos venosos se notó un poco de plenitud.

La superficie estena presentaba un color sucio i en muchas partes una hiperemia, aveces considerable, signo de una meningitis estensa.

Por otra parte, el Dor Ygnacio Puelma T. encontró algun poco de reblandecimiento ¿Sería esto debido, a que se le presentó el Cerebro, al profesor de Anatomiá patolójica, despues de mas de cuarenta i ocho horas de estraido, habiendo estado en el agua mas de veinte i cuatro? El microscopio era el único que debia venir a dilucidar esta cuestion; pero desgraciadamente, no le sometió a este exámen.

En los plexos coroideos encontramos en cada lado una degeneracion quística. Estos quistes largos de 4 a 5 Centímetros por 8 milímetros de ancho, toman el aspecto de una pequeña sarta de Ares a cuatro o cinco granos, siendo el del lado derecho mas desarrollado.

La pia madre del hemisferio cerebral se encontraba opaca i algo inyectada.

En el Cerebro la inyeccion no era tan notable i por el contrario muestra un tinte lechoso, aunque poco marcado.

El puente de Varolio, la mé-

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



dula oblongada i la porcion cervical de la médula, no tienen nada de notable; dijémoslo en esto!

La médula espinal presenta cierto grado de hiperemia meníngea. La masa medular no tiene nada de particular.

En la caja torácica, se encuentran en la pleura del pulmon izquierdo, adherencias bastante fuertes.

Por lo demas, no se halló nada que llamara la atencion. Otro tanto se puede decir de la cavidad abdominal.

---

Ahora bien, me preguntareis i con razon: ¿Este enfermo habrá mejorado tan notablemente i prolongado sus dias de existencia, como en los casos ántes citados, si se hubiera empleado el valerianato de atropina?

No me cabe duda que el Nº 4 tenía lesiones irreparables, como que la autopsia se encargó de demostrarnoslo de un modo tan palpable; pero para mí es un hecho, que tanto el Sr. N. N. como Mercedes Paredes, deben tener, no digo que las mismas; pero sí, lesiones ante las cuales la medicina es completamente impotente. Creo mas, si nos atrevemos a abandonar el tratamiento á que están sometidos en poco tiempo mas serán cadáveres.

¿Y como no he de creerlo cuando con solo ver decir que dejen de tomar el valerianato de atropina, ya los veo imposibilitados por toda clase de movimiento, frios i en un estado de gran decaimiento i postracion?

Pero vuelvo a repetirlo, de ninguna manera pretendo decir, que si a Ramos Navarro se le hubiere administrado este medicamento no habria muerto tan pronto.

---

Ojalá, Señores, que me pueda felicitar de que este trabajo sea digno de la aprobacion de vuestro ilustrado criterio.

Santiago Noviembre 1º de 1882.

V. Silva Sarmiento

UNIVERSIDAD DE CHILE
MUSEO NACIONAL DE HISTORIA DE LA MEDICINA
BIBLIOTECA