



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

BREVES APUNTES

SOBRE LA

INFLUENCIA DE LA HEREDO-LUES EN ALGUNAS AFECCIONES
NERVIOSAS DE LA PRIMERA Y SEGUNDA INFANCIAS

MEMORIA

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA
Y FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

(Publicada en la REVISTA MÉDICA DE CHILE, 1898)

Juan Saavedra R.



Museo Nacional de Medicina

14

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



BREVES APUNTES

SOBRE LA

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

INFLUENCIA DE LA HEREDO-LUES EN ALGUNAS AFECCIONES
NÉRVIOSAS DE LA PRIMERA Y SEGUNDA INFANCIAS

POR

JUAN SAAVEDRA R.

El estudio de la Sífilis ha llamado siempre la atención de los observadores por la variedad sintomática con que se manifiesta, la rápida propagación debida á las múltiples causas de contagio y la espantosa gravedad de sus consecuencias. Confundida muchas veces con un sinnúmero de afecciones, ha llegado á formar un capítulo especial é importante de la Patología, de tal modo que hoy figura entre las enfermedades más conocidas y mejor estudiadas. En ocasiones, el polimorfismo de su semeiología acarrea dudas y acumula dificultades diagnósticas, pero, por fortuna, estamos en posesión de una terapéutica investigadora que, instituida oportunamente, aleja cavilaciones perjudiciales ó evidencia sospechas salvadoras.

Bajo muchos puntos de vista, esta entidad mórbida tiene un valor patológico inmenso, y entre los que descuellan más, interesa fijar la atención con preferencia en el social por ser enfermedad eminentemente hereditaria, cuyas huellas quedan impresas á través de varias generaciones.—Desde principios del siglo XVI la Heredo-lues fué reconocida por PARACELSO, quien afirmó categóricamente el gran peligro de la trasmisibilidad á la descendencia; antes y después de él se había notado el crecido número de niños atacados por el mal, dándole como fuente primitiva una variedad



de procedencias bastante originales, siendo la más aceptada la infección transmitida por las amas de leche: indudablemente este es un factor principal en la etiología de la *sífilis adquirida* de la infancia.

Hoy día que se está al corriente de la marcha invasora de la Lues, de la influencia que ejercen los ascendientes sobre los descendientes y los estragos que produce el flajelo, se sabe que entra formando parte de la mortalidad infantil en un tanto por ciento bastante elevado; figura en primera línea al lado de la mala alimentación, que ya va siendo clásica en nuestro país. Con justa razón dice el Doctor HIRTH, médico de la «Sección Lactancia» de la Casa de Huérfanos, donde sólo se atienden niños hasta seis años de edad: «La Sífilis hace cada año más estragos; es raro ver crecer, siempre lánguidamente, alguno de los infelices que han recibido esta herencia.—La Sífilis y la alimentación son, pues, los dos factores más importantes de la mortalidad».—Estas palabras eran expresadas en la Memoria anual de 1891; en los años siguientes la Lues progresa de un modo asombroso hasta el extremo que el referido Doctor repite en 1894: «La Sífilis, en *proporción siempre creciente*, arrebatada cada años más niños, sin que nuestras autoridades hayan dictado hasta la fecha medida alguna tendente á disminuir sus repugnantes y tremendos estragos».

Creíamos exageradas las apreciaciones de autores extranjeros sobre la frecuencia de la Lues en nuestro país, teníamos por errados los datos que encontramos en la «Geografía Médica» de A. BORDIER, cuando dice que en Chile, de 939 enfermos, 485 eran sífilíticos, es decir, un 51,65%!—Pero, con tristeza hemos visto igual opinión confirmada y reforzada por el Doctor HIRTH, cuando exclama: «Á la fecha (1893), nuestro país es, DE TODO EL MUNDO, aquel en que mayor proporción ha alcanzado esta terrible plaga».

Para corroborar el valor de las palabras empeñadas en mostrar la evidencia de los perjuicios enormes acarreados por la Heredosisífilis, damos una pequeña estadística basada en observaciones recogidas con cabal conocimiento de causa, recorriéndola se verá que los diferentes tonos gastados para poner en claro y á descubierto la asquerosa llaga social, materia de este trabajo, quedan demasiado pálidos al lado de la realidad.

Los Archivos de la Clínica de Enfermedades Nerviosas y Mentales del Doctor ORREGO LUCO, cuentan 830 observaciones, distribuidas, con relación á los años, del modo siguiente:



1893.....	140	observaciones
1894.....	169	»
1895.....	169	»
1896.....	181	»
1897.....	171	»

830 observaciones

En este número total hay 90 sólo de Sífilis hereditaria, que se descompone, atendiendo á las edades de los enfermos, en 47 casos de adultos, y 53 casos de niños y niñas menores de 11 y 12 años, respectivamente.

Estas 53 últimas observaciones dan 350 preñeces, cuyo porvenir ha sido el siguiente:

Abortos.....	50
Niños muertos á corta edad.....	111
Enfermos.....	83
Sanos?.....	106
	<hr/>
	350

ó o que es lo mismo un 46% de mortalidad!

Falta averiguar cuántos de esos llamados sanos no estaban en posesión de afecciones desconocidas por los padres; porque en esta tierra se dice que una persona está enferma únicamente cuando carece de fuerzas materiales para mantenerse en pie.

A fin de evitar repeticiones y redundancias expondrémos en el cuadro siguiente el número de enfermos, muertos y sanos que presentaban las familias correspondientes en la época cuando fueron tomadas las 31 observaciones que detallamos más adelante:



Observaciones	Muertos	Enfermos	Sanos	TOTAL	Observaciones	Muertos	Enfermos	Sanos	TOTAL
1	1	2	1	4	17	3	7	—	10
2	5	2	1	8	18	3	1	—	4
3	1	1	—	2	19	3	1	—	4
4	3	1	—	4	20	6	1	1	8
5	1	5	2	8	21	1	1	3	5
6	10	—	6	16	22	—	1	1	2
7	—	—	—	—	23	—	—	—	—
8	5	3	—	8	24	3	2	2	7
9	2	1	4	7	25	4	1	—	5
10	7	1	1	9	26	5	1	—	6
11	2	9	—	11	27	3	2	1	6
12	—	2	—	2	28	11	5	—	16
13	—	—	—	—	29	3	4	—	7
14	2	2	—	4	30	—	3	2	5
15	—	—	—	—	31	—	2	2	4
16	—	2	4	6	84	63	31	178	

En los 178 embarazos ha habido 47,2% de mortalidad, contando los abortos y partos prematuros, en las distintas edades de la primera y segunda infancias. Los niños que han alcanzado á edades menores de 12 años, sufriendo los sinsabores de la patología entera son 63, es decir, 35,39%; quedan solamente 31, talvez sin presentar afecciones dignas de la atención de los padres.

Entre los 63 enfermos existen 45 atacados de afecciones nerviosas, á juzgar por las referencias que hacen las personas que acompañan á los pacientes (31) atendidos, lo que significa un 25,28% del número total de los miembros influenciados por la



Heredo-lues en el sistema nervioso.—FOURNIER en 212 casos de Sífilis hereditaria ha encontrado accidentes neuropáticos en 54, que equivale á 25,47%, cifra casi igual á la que arrojan sobre el asunto las 31 observaciones nuestras.

Los niños asilados en la casa de Huérfanos (Providencia) mueren anualmente 39,7% de los que ingresan á ese establecimiento de beneficencia; en la Sección de Lactancia de ese asilo fallecen á consecuencia de la herencia específica, un término medio anual de 22,5%.—Con toda razón se puede decir que más de la mitad de la infancia protegida en esa sólo Casa sucumbe víctima indirecta de las libertades públicas....

Ha habido año (1891), en que la mortalidad por esta herencia alcanzó cifras verdaderamente abrumadoras, pues llegó al 34,77%!!

Transcribir estos datos ahorra los comentarios más justos en este orden de cosas, en que no se toma en consideración ni el valor material que representa la vida de cada uno de nuestros pequeños compatriotas, nacidos en el infortunio y muertos prematuramente á causa de los vicios ó desgracias de los ascendientes.

Al emprender el presente trabajo nuestros deseos fueron recopilar el mayor número de observaciones en que apareciera con claridad la Heredo-lues, actuando como origen de las variadas manifestaciones de que es capaz en la infancia; pero debemos confesar por una parte la deficiencia estadística de casi todas las Clínicas, y por otra, la insignificancia de nuestras fuerzas.—Hemos registrado los Archivos de varias Clínicas y tan solo encontramos antecedentes claros, precisos, para establecer diagnóstico seguro en la de Enfermedades Nerviosas y Mentales, del Doctor ORREGO LUCO, y hemos tenido, pues, que circunscribirnos á éstas en nuestro trabajo, á pesar del interés que reviste el estudio más general de la Sífilis hereditaria.

Para ser rigurosos hasta el extremo de alejar cualquier duda, intencionalmente pusimos un límite á las edades de los enfermos cuyas historias aparecen en las observaciones que presentamos; en ellas, la edad máxima de los hombres es de 12 años y de 11 para las mujeres.—Solo con este criterio estamos casi seguros de haber apartado por completo las probabilidades de una infección adquirida.





No es raro encontrar individuos dueños de esta herencia poco envidiable que presentan un crecimiento lento y de una manera uniforme; una marcha tardía y sin llevar la gradación normal que principia por el *gateo*, andan bruscamente; una dentición que aparece en una época posterior á la señalada por la naturaleza; y la facultad de la palabra manifestándose con dificultad é igual atraso. Ahora si unimos á estos fenómenos otros que son sus consecuencias legítimas, como ser: estatura menor que la media normal, formas enanas, falta de crecimiento ó carencia de ciertos órganos, se tiene ese estado que, no poseyendo el significado de un atributo, alcanza á merecer el título de conjunto sintomático frecuente: *el infantilismo*. Este agrupamiento semeiológico se manifiesta en el hombre, á más de los signos antedichos, por exiguidad de los testículos, virilidad tardía, etc.; y en la mujer, por mamas pequeñas, retardo en la aparición de las menstruaciones, etc., Para completar el cuadro parece superfluo que los herederos desgraciados llevan siempre una engañadora juventud, caduca en su esencia y decrepita por la viciación orgánica.

A este propósito se refiere el caso del célebre enano Estanislao I, rey de Polonia, que al nacer pesaba 450 gramos, y á la edad de 15 años tenía una talla de 2 piés de alto, con un peso de $9\frac{1}{2}$ libras; no aprendió jamás á leer; murió de *vejez* á los 25 años, (FOURNIER).

DEMARQUAY cita la observación de un sifilítico hereditario que á la edad de 4 años no andaba, ni tenía un solo diente; estos hechos de coincidencia no son raros en la treintena de casos que copiamos; al contrario, las relaciones 8 y 15 nos presentan ejemplos de enfermos que á la edad de 3 años aún no han dado los primeros pasos. Respecto á las perturbaciones en este sentido, tenemos que agregar las historias correspondientes á los números 1, 2, 4, 12, 17, 19, 21, 22, 23, 30 y 31 que muestran cuan frecuente es este síntoma en los diversos miembros de un hogar amagado por la enfermedad en cuestión; aunque es menester prevenir que en algunas descripciones no se ha tenido la advertencia de distinguir si el retardo de la marcha ha sido anterior ó posterior á la aparición de los fenómenos actuales.

Como quiera que sea, tenemos este accidente en un 45%, lo que indica con toda evidencia su constancia.

*
* *

La región del cuerpo en que pueden encontrarse reunidos el mayor número de datos que hagan pensar, y á veces afirmar la Heredo-lues es la cabeza, aquí se presentan las lesiones más características, y al mismo tiempo las que tienen alcance diagnóstico más decisivo en ocasiones. Deformidades, afecciones y accidentes sin historia vienen con bastante frecuencia á suministrar preciosas adquisiciones en el campo de la investigación; sin embargo, tienen un valor significativo absoluto únicamente cuando están acompañadas de fenómenos que abonan la interpretación específica.

Entre las deformaciones craneanas más comunes se encuentran las que se sitúan en la frente; se muestran bajo tres formas distintas:

a) Eminencias normales exageradas en su volumen, es el tipo más común;

b) La *frente olímpica* sintetizada por ser prominente en toda su extensión, espaciosa hasta llamar la atención por su magnitud cuando se la compara con el resto de la cara, asciende verticalmente ó bien forma un abombamiento anterior que hace ángulo obtuso con la raíz de la nariz; da al rostro aspecto magestuoso;

c) La *frente en carène* que consiste en un aplastamiento bilateral y en una eminencia média bastante marcada, correspondiente al lugar de la sutura medio frontal; es el tipo más raro.

En las demás partes se encuentran los parietales haciendo eminencias pronunciadas en ambos lados; cuando estas alteraciones coinciden con el aumento del diámetro transversal del cráneo y existe además una depresión acanalada en la sutura sagital, se tiene el *cráneo natiforme de PARROT*. Las asimetrías craneales no merecen mención especial para la Sífilis hereditaria; en cambio, la *hidrocefalia* y la *microcefalia* son para FOURNIER fenómenos más frecuentes que lo que se cree generalmente. Si bien es cierto, que la hidrocefalia específica mata á corto plazo, también es verdad que cuando la encontramos en edades más avanzadas adquiere gran importancia diagnóstica.

En varias observaciones de las que anotamos no existen ni antecedentes personales suficientes para la Heredo-lues, pero en

tonces está la anamnesis hereditaria acreditando con los hermanos, padres y parientes cercanos, ó mostrando con los estigmas la verdad del origen de los presentes y pasados accidentes. Resumirémos los signos que apoyan el diagnóstico de Sífilis hereditaria en las 31 observaciones y procurarémos agruparlos para hacer menos larga la enumeración.

Las diversas particularidades que ofrece el sistema dentario están bastante manifiestas en las relaciones 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 30 y 31; es decir, en un 67.74%. En algunos casos no aparecerán de un modo típico, pero siempre atestiguarán con claridad los retardos habidos en la nutrición general durante los primeros años.

Entre las lesiones óseas tenemos la convexidad marcada de la bóveda palatina en las historias 14 y 30; cabalgamiento de ambos parietales sobre el occipital, sin que haya habido parto difícil, en la observación 1; asimetría craneana y deformaciones nasales en las relaciones 2, 11 y 31; desviaciones de la columna en las 13, 19 y 24; irregularidades, incurbaciones, etc., tibiales en las 2, 4, 7, 26 y 30.

Hallamos imperfecciones de partes simétricas, como ser, los pabellones de las orejas, en las 2, 8 y 25; junto á estos indicios de degeneración la 23 nos presenta irregularidades en los quintos dedos de ambos piés, que son más largos que los cuartos. En realidad, no son sino hechos banales cuya importancia aumenta en estas circunstancias por estar acompañados de signos más explicativos.

Las otitis supuradas ó nó, la disminución de la agudeza auditiva y las otalgias con ó sin derrame, se hallan consignadas en las relaciones 1, 2, 3, 5, 11, 14, 23, 24, 28 y 30.

Por parte de los ojos tenemos desde las flegmasias que no dejan vestigios hasta la ceguera absoluta en corto tiempo, como la relatada en la observación 19, donde se refiere el caso de un heredero-sifilítico que quedó *completamente ciego en el espacio de 8 días*; las anamnesis 2, 5, 6, 11, 12, 23, 24, 28 y 29 suministran ejemplos de las demás variedades de afecciones oculares.

Las afecciones cutáneas están representadas por *mariposas sacras* en las observaciones 2, 4, 7 y 15; y por erupciones polimorfias en las 1, 5, 12, 16, 17, 18, 23, 26, 28, 30 y 31. FOURNIER da un 25% de frecuencia á estas manifestaciones; en las historias apuntadas alcanza á un 35%.



Hacen mención de los infartos ganglionares, ya generalizados ó parciales, las historias 2, 5, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 19, 24, 25, 26, 29 y 30.

Silenciarémos las demás lesiones que acreditan la Sífilis hereditaria por que á más de no tener relación con el objeto de nuestro trabajo, son demasiado conocidas y además se hallan descritas en cualquier texto.



El conjunto de afecciones nacidas en un terreno luético y que sin ser específicas en su origen lo son en su naturaleza, ha recibido de FOURNIER el nombre de *afecciones parasifilíticas*. En su gran mayoría las manifestaciones nerviosas están comprendidas en esta designación genérica. Cuando los procesos de viciación orgánica vienen precedidos de antecedentes neuropáticos por parte de los ascendientes, la aparición de fenómenos nerviosos en un heredero específico constituye un hecho muy frecuente, puesto que á las perturbaciones propias del mal en el sistema delicado por excelencia se unen predisposiciones que agravan y empeoran la marcha regular del organismo entero.

Sin tener nada de especial la Heredo-lues obra deteniendo el desarrollo tanto físico como psíquico. En los niños es muy difícil apreciar debidamente los progresos intelectuales, sobre todo si se da crédito á las indulgencias maternas, por este motivo no vemos obligados á fijarnos durante las primeras edades en los estigmas corporales que suministran casi siempre datos bastante importantes para fijar un diagnóstico de alto interés profesional bajo muchas consideraciones. Los síntomas que acusan las perturbaciones morales é intelectuales vienen á hacerse más manifiestos cuando la edad del niño lo permite, y cuando la observación maternal ha sido atenta y cuidadosa, entonces proporcionan recursos valiosísimos.

El sistema nervioso de los heredo-sifilíticos sufre retardos en el crecimiento, detenciones de desarrollo, ó más tarde es asiento de procesos degenerativos, y como consecuencia natural vienen á agregarse las perturbaciones de orden psíquico y trófico á las ya conocidas. Como se ve, las alteraciones intelectuales tienen lugar de dos modos diversos: se muestran al mismo tiempo que las demás lesiones, ó bien aparecen aisladas sin unirse á ninguna de



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ellas; el niño atacado llega al período de la vida en que principian á manifestarse los albores de la inteligencia, y con gran sorpresa se nota en él que la realidad no corresponde á las esperanzas aún tomando en consideración las benevolencias de la madre. La marcha, dentición y palabra se hacen desear más de lo necesario, y cuando el infante, ya de alguna edad, comienza á balbucear voces rudimentarias pronto se alcanza la íntima convicción de la deficiencia de su vocabulario, de la mala pronunciación, de los términos escasos que posee y de su poca inteligencia; la madre solícita trata bondadosamente de explicar la causa, de estos contratiempos, para ella banales y pasajeros, por mil y un percances que ha sucedido en la salud del hijo en los primeros tiempos de la existencia.

En otros casos los fenómenos tienen aparición más tardía en medio de accidentes insidiosos, lentos y que pasan muchas veces desapercibidos en sus principios: los herederos desgraciados gozan hasta cierto punto de más fortuna, pues aparte de algunas enfermedades pasajeras que han tenido en la primera infancia, de orden específico varias de ellas, conservan la vivacidad y el sello de buena salud con que frecuentemente se muestra la niñez; pero en una edad más ó menos avanzada, poco á poco se cambian las cosas y el niño hasta ayer vivo, de carácter dulce é inteligente, se convierte en apático, indiferente, rabioso, llora ó ríe sin motivos, tiene accesos de ira por asuntos los más fútiles, olvida momentáneamente ó permanentemente aprendizajes sólidos, ama la soledad y evita la compañía alegre de sus antiguos camaradas, etc., y siguiendo en la decadencia pronto llegará á un estado de hebetud bien marcado.

Hemos tenido oportunidad de observar personalmente en la Clínica de Enfermedades Nerviosas y Mentales, del doctor AUGUSTO ORREGO LUCO, dos casos de esta naturaleza: uno, de una señorita como de 20 años que presentaba la fisonomía de una idiota, había olvidado la escritura, no podía hablar, la marcha le era difícil y no podía tenerse de pié sin estar ayudada por un tercero; el otro, una niña de 10 años, con la cara más típica de una degenerada, no tenía los menores indicios de inteligencia, el llanto y los movimientos de disgustos eran las únicas manifestaciones de las impresiones que recibía. Ambas consiguieron bastante con el tratamiento específico, sobre todo la señorita de 20 años, quién pudo recobrar parte de sus facultades perdidas, hasta andar por sí sola



con toda facilidad y consiguió comunicarse por escrito con sus deudos ausentes, cosa imposible para ella desde hacía mucho tiempo.

Estos ejemplos son pruebas de las especies de circunstancias en que suelen notarse las perturbaciones intelectuales, ya sea en edad crecida ó en los primeros años; iguales particularidades tendríamos ocasion de mostrar dentro de poco en las observaciones.

Á más de la herencia luética pueden existir antecedentes neuropáticos que sobrecarguen las predisposiciones á la degeneración psíquica; entonces los conmemorativos familiares refuerzan las pruebas clínicas en favor de una perturbacion á veces indescifrable por la anamnesis. La historia 2 proporciona un buen diseño de lo anteriormente expresado, pues se ve, que el enfermito ha decaído intelectualmente y no puede hablar; al mismo tiempo cuenta entre sus ascendientes un regular número de degenerados, insanos é histéricos, todo contaminado por el alcoholismo seguro, y más que probable, por la Lues del abuelo paterno.

La primera infancia tiene una predisposición á los accesos convulsivos por cualquier causa que venga á perturbar el cerebro ó á conmover más ó menos profundamente el sistema nervioso cuya formación no está del todo terminada, con mayor razón cuando se une á estas circunstancias la viciación que imprime al organismo entero una herencia depresiva en el correcto funcionamiento de los variados sistemas que mediante la armonía recíproca en el desempeño de su rol, constituyen la integridad de la salud. No hay una causa especial á la cual puedan atribuirse estos fenómenos, pues son variadas en su esencia y naturaleza, pero entre las frecuentes figuran en primera línea las de orden específico-hereditarias; aunque este estudio es poco conocido por el reducido número de observaciones clínicas que existen sobre el particular, hoy día se sabe que la heredo-Lues reviste la misma semeiología nerviosa que la sífilis adquirida, por lo tanto, el conocimiento de una aclara las dudas del estudio de la otra.

Las diversos síntomas que inician las manifestaciones cerebrales pueden reunirse en series de la misma naturaleza en cuanto á fenómenos de igual origen; muy á menudo se encontrará á los distintos signos que forman estas series presentándose sin guardar ninguna prioridad en la época de su aparición, pues los comienzos de los procesos encefálicos á más de ser insidiosos y lentos en varios casos son demasiado polimorfos, después de algún



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

tiempo de establecidos van especializándose hasta hacerse característicos de una *série*, según FOURNIER, este ciclo es típico de la Lues hereditaria en el modo de expresar su forma cerebral. Estos hechos premonitores ó constitutivos de lesiones cerebrales los agruparemos en cuatro categorías semejantes, atendiendo á la unidad de causa que engendra á cada *série*: I).—*Série congestiva*: cefaleas persistentes, durables, con exacerbaciones nocturnas; zumbidos de oídos; vértigos, en ocasiones suelen tener las apariencias del *pequeño mal*; perturbaciones pasajeras de la visión; sensaciones subgetivas, como ser, hormigueos, indolencias y entorpecimientos locales. II).—*Série convulsiva*: Accesos epileptiformes; id. eclámpicos. III).—*Série paralítica*: hemiplegia, paraplegia, paresia, parálisis parcelarias, entre las que se muestran con más frecuencia las oculares. IV).—*Série psíquica*: perturbaciones del carácter (apatía, tendencia al aislamiento, irritabilidad nerviosa, llantos ó risas inmotivadas, etc.); perturbaciones de la memoria (olvidos pasajeros ó permanentes de cosas aprendidas, etc.); perturbaciones de la inteligencia.

Entre los accidentes de la II *série* figuran los epileptiformes que pueden revestir dos formas: 1). Accesos bruscos sin ningún síntoma precursor ó concomitante; 2). Ataques precedidos ó asociados á fenómenos de otra *série*. El tipo de los accesos epileptiformes aislados es raro, solo en situaciones excepcionales aparece de este modo, entonces se confunde fácilmente con ataques esenciales, pero luego vienen los signos que manifiestan la invasión creciente del mal á poner en camino de un diagnóstico verosímil; también hará sospechar la naturaleza sintomática de los ataques la manera como se muestran y el estado del paciente en el intervalo de los accesos. Mientras que los accidentes reveladores de lesiones cerebrales se presentan en crisis con un número indeterminados de accesos, dejando al individuo entre dos períodos críticos con la salud quebrantada, los fenómenos esenciales no tienen tales *séries* convulsivas ni dejan sinsabores intermediarios; sin embargo, por sobre todas estas y otras consideraciones que los distingue están los antecedentes propios y familiares. Conviene dejar despejado cuanto se pueda un campo fecundo en enseñanzas y de magníficos resultados, como es el estudio minucioso de la anamnesis hereditaria, pues de ella se deduce la base para plantear juiciosamente un tratamiento adecuado que en estas circunstancias, es decir, en presencia de ataques epilépticos puros

sin ningún otro síntoma cerebral, proporciona la seguridad de detener semejantes accidentes; en situaciones distintas pierde casi en absoluto las prerrogativas de lo específico.

Ponen á la vista los hechos de que hablamos las observaciones 1, 2, 3 y 4, en las cuales se hace notar la poca edad de los enfermos, la manera súbita con que aparecen los ataques, la forma sub-intrante que afectan y los detalles posteriores que interpretan el avance de la lesión encefálica; en la observación 2 se han repetido en un día hasta 25 veces los accesos.

OBSERVACIÓN 1.^a

Manuel Antonio B., de 1 mes de edad. *Padre*: etílico, sufre de dolores óseos nocturnos. *Madre*: cefaleas constantes y persistentes desde antes de casarse; ha tenido corizas prolongados; presenta la cresta de la tibia derecha redondeada con eminencias circunscritas y limitadas; hay infartos ganglionares generalizados; los partos son difíciles; ha tenido un aborto. *Hermanos*: 3; uno muerto al nacer; otro de 6 años tiene supuración de oídos, habla muy mal y ha andado tardíamente. Un tío paterno es epiléptico, los demás son alcohólicos. Ha muerto de tuberculosis pulmonar una tía materna.

Antecedentes personales.—Parto fácil, de término. *Dos días* después del nacimiento se notó en el enfermo una especie de tiritón corto, después vinieron los accesos en la forma sub-intrante, como sigue: 1.^o Rigidez general, cara cianótica, cabeza y ojos desviados al lado derecho; después de un corto período tónico, vuelve lentamente la cabeza á la izquierda, fija la mirada de frente y aparecen las convulsiones clónicas generalizadas, predominando en el lado izquierdo. No hay grito inicial; bota espuma por la boca; la respiración es estertorosa; el pulgar izquierdo en pronación y cubierto por los demás dedos; la pupila izquierda más dilatada que la derecha. Los accesos duran de 2 á 3 minutos; después viene un sueño profundo.

Examen físico.—Todo el cuerpo tiene un color amarillo claro; en el lado externo de la pierna derecha hay una mancha indurada semejante al eritema nudoso; el borde posterior de ambos parietales cabalga ligeramente sobre el occipital.

Diagnóstico.—Epilepsia parasifilítica.

Tratamiento.—Se hará por intermedio de la madre, dos gramos de yoduro de potasio al día.

OBSERVACIÓN 2.^a

Ernesto V., de 5 años. Bisabuelo i abuelo alcohólicos; este último murió repentinamente después de un ataque apopléctico, en



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

el que quedó con parálisis facial, hemiplegia y dificultad para hablar; una tía abuela murió también repentinamente; hay dos tíos alcohólicos, dos degenerados intelectuales y una tía loca. Todos estos parientes son por parte de padre. Entre los de vía materna hay una tía histérica.

Padre: Sufre de dolores óseos á las piernas, tiene los bordes tibiales rugosos. *Madre:* Desde 1895 tiene dolores osteócopos nocturnos; un aborto.

Hermanos: 1.º Vive; 10 años de edad; anduvo á los 2 años; y tiene dientes irregulares.

2.º Murió á los dos años sin haber podido andar ni hablar.

3.º Murió de 6 meses.

4.º Murió á 1 año (afección febril).

5.º Vive; es sano.

6.º Murió de 4 meses.

7.º Vive.

El enfermo nació de término en un parto normal. A la edad de 4 meses tuvo un acceso convulsivo en el que principiaron los movimientos por el índice de la mano izquierda, tomaron en seguida la mano y miembro superior del mismo lado, después vinieron convulsiones clónicas generales con predominio en el lado izquierdo y desviación de la cabeza en igual sentido; arrojó espuma por la boca, y se quedó profundamente dormido. Este ataque fué único. Hasta Noviembre de 1896, época en que tuvo el segundo acceso, el desarrollo intelectual no presenta ninguna perturbación; desde la fecha antedicha el número de accesos va aumentando; muchas veces ha tenido 25 diarios. Suelen desaparecer por 15 días para volver después con más fuerza en número é intensidad.

Estado actual. - Decadencia intelectual, se le ha olvidado hablar; no puede andar; hay aumento de secreción salivar; orina y defeca involuntariamente; tiene dificultad para deglutir; apetito nulo; sueño bueno. Cráneo asimétrico: el lado derecho un poco más bajo que el izquierdo; los temporales hacen eminencia muy marcada por encima de las orejas; abolladuras frontales bastante desarrolladas; la sutura media del frontal apreciable por la vista y al tacto. En los ojos hay queratitis doble, infiltración corneana del ojo izquierdo y un pequeño absceso en la parte inferior de la córnea del mismo lado. La nariz es ancha y aplastada en la parte superior. Ha habido supuración de ambos oídos; el pabellón de la oreja izquierda es más grande y está más separado de la cabeza que el de la derecha. Dientes: son de la primera dentición; implantados viciosamente; los *incisivos medios superiores* tienen erosiones en el borde libre y manchas cretáceas. Existe cicatriz ó mancha lumbosacra. Las tibias tienen el borde anterior grueso, redondeado. *Infartos ganglionares* generalizados.

Diagnóstico.—Epilepsia Jacksoniana.

Pronóstico.—Grave.

Tratamiento.—Jarabe Gibert, una cucharadita al día.

OBSERVACIÓN 3.^a

Francisco Javier G., de 5 años. *Padre:* etílico, murió de tuberculosis pulmonar; no se puede obtener más datos sobre él. *Madre:* es sana; ha tenido un aborto.

Hace cinco meses presenta el niño dolores de cabeza que sobrevienen indistintamente de día y de noche, seguidos generalmente de vómitos; al mismo tiempo se ha puesto melancólico, suspira mucho, ha perdido el apetito, ya no gusta jugar como en otras épocas; la palabra es ahora silabeada, lenta; comenzó una pereza en los miembros inferiores para terminar por una paraplegia.

Quince días atrás comenzó á sentir cefalalgias intensas, después lanza gritos, vienen vómitos y es atacado de convulsiones, tónicas primero, clónicas en seguida; luego estas convulsiones dan lugar á una completa flaxidez comatosa que dura hasta un cuarto de hora. Pasa todo sin dejar malestar de ninguna especie. Últimamente ha habido varios accesos al día.

La cabeza está desviada hacia la derecha; hay cierto grado de ptosis en el párpado superior del mismo lado; ojo derecho un poco convergente; pupilas enormemente dilatadas, reaccionan con pereza á la luz; movimientos de los miembros superiores son lentos; la deglución es dificultosa, por lo cual el niño tiene frecuentes accesos de sofocación; hay incontinencia de orina y materias fecales; oído disminuído en ambos lados; sentido del gusto, reflejo faríngeo y sensibilidad general, conservados; reflejo patelar, aumentado.

Diagnóstico.—Ataques epileptoides de origen luético hereditario.

Tratamiento.—Yoduro de potasio y píldoras de Dupuytren.

OBSERVACIÓN 4.^a

Juan O., de 9 años. *Padre:* alcohólico. *Madre:* sufre de cefalalgias frecuentes, dolores osteócopos, tiene alopesia y ataques convulsivos con pérdida del conocimiento. *Hermanos:* 3, todos muertos de alfombrilla.

Antecedentes personales.—Desde dos meses de edad tiene ataques convulsivos (4 ó 5 veces diario), con intermisiones hasta de un año. *Dentición, palabra y marcha* tardías; *mala memoria y depresión intelectual.* Antes que venga el ataque tiritita mucho y se pone rígido, después levanta el miembro inferior izquierdo y el superior del mismo lado hasta el hombro; la mano con los dedos flectados y el metacarpo en extensión. Igual fenómeno se opera

en los miembros del otro lado del cuerpo. El tronco se inclina hacia el lado izquierdo; la cara se pone cianótica, con coloración violácea muy marcada en los labios; rápido parpadeo en ambos ojos. El ataque dura menos de un minuto y acaba con afasia transitoria y grandes deseos de dormir.

Reflejos rotulianos: izquierdo aumentado y el derecho normal.

Frente muy prominente; bordes tibiales poco cortantes, sobre todo en el tercio inferior.

Cicatriz lumbo sacra de Fournier.

Diagnóstico. - Epilepsia Jacksoniana.

Tratamiento. - Jarabe Gibert.

Por lo general, los ataques epilépticos vienen precedidos de fenómenos muy variados pertenecientes á una ó varias de las series mencionadas, casi siempre se observan en la forma sub-intrante, ó bien se distancian durante algún tiempo para reaparecer con síntomas más intensos, y en ocasiones, acompañados de epifenómenos que desfiguran ó suplantán el acceso inicial; estas verdaderas *auras* son tan variadas como la misma enfermedad que anuncian, la cual suele quedar limitada á la expresión pura y simple de los pródromos, sin tomar las proporciones, siempre alarmantes, con que se contempla un ataque de esta naturaleza, peligroso en sí mismo y por las consecuencias que acarreará tarde ó temprano, siempre que no exista mano previsorá para poner atajo á los sucesos del porvenir, tan desconocidos como fáciles de augurar siniestramente. De aquí la necesidad, el deber, de descifrar racionalmente y á tiempo estos accidentes, pues solo en tales condiciones proporcionará el tratamiento provechosos altamente salvadores, tanto de la salud del enfermo como de la reputación profesional.

La observación 5 muestra la variedad que revisten, aun en un mismo enfermo, los ataques de forma epiléptica.

OBSERVACIÓN 5.^a

Ida A. G., de 11 años. *Padre:* padece de cefalalgias intensas. *Madre:* reumática? Dos *tíos maternos* son epilépticos. *Hermanos:* 7; uno ha muerto de fiebre?; dos tienen oídos supurados; otro sufre de afecciones oculares; y otro tiene hemorragias intestinales indoloras, manchas cutáneas é infartos ganglionares.

Antecedentes personales. - Cinco días después del nacimiento le supuraron los ojos por espacio de un mes sin dejar vestigios; sufre de conjuntivitis crónica; ha tenido *dolores de oídos sin supuración.* Antes era aprovechada en sus estudios, hoy la memo-

ria es infiel, el carácter ha cambiado y no está alegre como en tiempos anteriores.

El primer acceso lo tuvo hace 3 meses, consistió en malestar, náuseas, sensación penosa al vientre, disartria, ligeros movimientos de la cara y sueño profundo; dos meses después vino el segundo con vómitos, palidez de la cara, movimientos convulsivos que principiaron por la cara y se extendieron por el brazo y pierna derechos, espuma sanguinolenta por la boca, micción involuntaria, suspiros, cefalalgia intensa, fiebre? Dura este ataque como 2 horas (ataque en *serie sub-intrante*). Un tercer ataque fué precedido de aura neumogástrica y los movimientos se generalizaron á todo el cuerpo. Siempre ha quedado después de los accesos con zumbidos de oídos, sensaciones raras en la mano derecha (compresiones).

Dentadura sospechosa; infarto poliganglionar.

Diagnóstico.—Epilepsia Jacksoniana.

Tratamiento.—Ioduro de potasio. Inyecciones de salicilato de mercurio (0,05c/u). Principió á tratarse en Noviembre de 1893 y en Diciembre del mismo año se habían retirado los accesos. En Diciembre de 1897 tuvo una série de ataques convulsivos durante 3½ horas con vómitos, elevación térmica (40°) hasta después de terminados los accesos. Se le indicó volver al tratamiento de 1893.

Con una frecuencia relativa abren la escena cerebral las perturbaciones de la palabra, los cambios de carácter y el oscurecimiento paulatino de la inteligencia; tenemos las observaciones 3 y 6 que demuestran este modo de iniciarse los signos posteriores.

Casi siempre se señalan perturbaciones de este orden en las diversas manifestaciones encefálicas de la infancia en un plazo breve ó largo.

OBSERVACIÓN 6.^a

Galo G. G., de 8 años. *Padre*: murió de tuberculosis pulmonar. *Madre*: epiléptica. *Hermanos*: son 15; de los cuales han muerto 10, uno de ellos de un ataque cerebral y otro de melancolía; todos de corta edad.

Antecedentes personales.—A los 2 años tuvo afecciones oculares; á los 7 sufrió el primer ataque, el cual fué precedido de cambio de carácter, pérdida de la memoria, disminución del apetito; 2 horas antes de este primer acceso experimenta una cefalalgia muy aguda, en seguida lanza un grito, cae sin conocimiento, vienen convulsiones tónicas después clónicas, opistótonos, cara pálida, arroja espuma sanguinolenta por la boca, cierra los ojos. Dura



todo una hora. A los 2 días siguientes nuevo ataque con iguales síntomas.

Hay dentadura de Hutchinson, implantaciones viciosas y escotaduras verticales.

Diagnóstico.—Epilepsia hereditaria.

Tratamiento.—Jarabe Gibert, dos cucharaditas al día.

Así como los síntomas de la serie psíquica principian ordinariamente los estados cerebrales, las afecciones paralíticas cierran en un buen número de veces los procesos que aquellos datos anunciaran; sucede en la infancia todo lo contrario de lo que acontece en la edad adulta, en esta edad son los fenómenos paralíticos los que comienzan á expresarse primero para terminar con las perturbaciones intelectuales.

Las perturbaciones de la motilidad son tan variables como la situación de los procesos cerebrales, ya aparecen como fenómenos consecutivos á afecciones concomitantes, ó bien manifiestan su invasión de un modo progresivo, y á veces brusco sin antecedentes; su duración es permanente ó transitoria; el lugar que ocupan no tiene significado característico alguno, pues por el contrario no reconocen sitio de predilección, lo que merece fijar la atención es la parcialidad con que siempre atacan los diversos órganos que comprende el sistema muscular. Así en el ojo encontramos con alguna frecuencia parálisis del músculo de la acomodación en una ó en ambas pupilas á la vez (observaciones 1, 3, 8, 13 y 14); ptosis y extrabismos (observaciones 3, 9, 10, 11, 13 y 15); relajación de los esfínteres anal y vesical (observaciones 2, 3 y 13); contracturas, paresias, paraplegias y hemiplegias que se instalan en una época variable del comienzo de la enfermedad, pero que regularmente se presentan en un período próximo al fin de los accidentes (observaciones 2, 3, 7, 8, 9, 10, 12, 13 y 14).

Las perturbaciones son de origen trófico y de orden meramente motor sin que la fibra muscular sufra ninguna alteración, entonces los miembros ó partes atacadas conservan sus formas y guardan la potencia que significa la integridad de los músculos, hay solo impotencia funcional que puede ser generalizada á las cuatro extremidades, quedando en muchos casos la sensibilidad general y especial indemnes.

Procesos encefálicos ó meningíticos dan la clave en la interpretación de estos síntomas que tienen como típico el ser parcelarios, transitorios, ó permanentes, y en ocasiones pueden ser influenciados por el tratamiento específico.



OBSERVACIÓN 7.^a

Roberto E., de 5 años. *Madre*: tiene dolores osteócosos nocturnos; alopesia. *Padre*: muy nervioso, sufría de jaquecas oftalmoplégicas.

Antecedentes personales.—A los 4 meses de edad tuvo cólicos por constipación; al año, viruela; 3 años, coqueluche; 4 años, afección ocular doble. Siempre ha tenido coriza crónica. Hace 8 meses tuvo fiebre que duró 4 días, después quedó con la cabeza desviada al lado izquierdo, esto duró 15 días y desapareció este fenómeno con yoduro de fierro; 3 meses más tarde nueva desviación de la cabeza y comienza a tener accesos convulsivos que se manifiestan por caídas sobre el lado izquierdo del cuerpo, entonces vienen convulsiones clónicas primero en la pierna izquierda para seguir de un modo general. Durante el ataque pierde el conocimiento, arroja saliva sanguinolenta por la boca; después queda muy cansado, transpira bastante, llora y en seguida duerme.

En la actualidad el enfermo presenta la cabeza desviada hácia el hombro izquierdo; hay contractura del trapecio del mismo lado, menos marcada en esterno-mastoideo correspondiente. Incisivos medios superiores con *escotadura semi-lunar de Hutchinson*; los demás dientes son *pequeños*; existen muchos cariados; incisivos inferiores son de borde en *sierra*.

Cicatriz lumbo-sacra. Infarto poliganglionar.—Tibias ligeramente incurvadas, de borde anterior grueso. Se ha puesto muy triste, llora sin motivos; cambios de carácter. Sufre de cefaleas nocturnas.

Diagnóstico.—Epilepsia Jacksoniana.

Tratamiento.—Jarabe Gibert, dos cucharaditas al día; tintura de yodo a los lados de la columna y fricciones en la misma región con la siguiente pomada:

R/. Extracto de belladona.....	2,0	gramos.
Manteca.....	20,0	»
M. Uso externo.		

OBSERVACIÓN 8.^a

Secundino del C. B., de 8 años. *Abuela materna*: epiléptica. *Padre y madre*: luéticos. *Hermanos*: 7; 3 abortos; 2 muertos a corta edad; 2 vivos: uno con ataques convulsivos y el otro es enfermo.

Ha tenido erisipela; el año 1886, a los 2 meses de edad, sufrió un acceso con convulsiones que principió en las piernas, siguió después a los brazos y en seguida a la cabeza; los ojos se movían en distintas direcciones durante el ataque; terminó con una rigidez completa; pasó todo después de algunos minutos. Desde el 86

al 93 no se presentaron los accesos, pero se notó en el niño *cam-bios de carácter, perturbaciones de la inteligencia; anduvo á los 3 años*. En 1893 vuelven los ataques cada mes, se le instituye el tratamiento específico, se alejan los accesos; en seguida se deja de mano el tratamiento, entonces vuelven á aparecer las convulsiones clónicas en las piernas, brazos y cara, juntamente con los movimientos oculares. Cuando los ataques vienen en el día, el enfermo lanza un quejido, cae, se lleva la mano izquierda á la región precordial y comienzan la convulsiones en el orden antes expresado. Pierde el conocimiento; aumenta la secreción salivar; la duración de los accesos es de una hora más ó menos; después de los ataques duerme profundamente, al despertar claudica con la pierna derecha.

Exámen objetivo.—*Poca inteligencia; habla mal; pupila izquierda más dilatada que la derecha, reaccionan ambas con dificultad á la luz y á la acomodación; dientes con escotaduras en sus bordes; labio inferior muy desarrollado; pabellón de la oreja izquierda mayor que el de la derecha; reflejos rotulianos conservados.*

Diagnóstico.—Epilepsia Jacksoniana.

Tratamiento.—Jarabe Gibert.

OBSERVACIÓN 9.^a

Ester R., de 2 años.—*Padre:* epiléptico, luético y etílico. *Madre:* reumática? *Hermanos:* 6; dos muertos á corta edad.

Antecedentes personales.—Corizas crónicas; insomnios.

El enfermo presenta una ptosis del párpado superior izquierdo; derrame salival por la comisura labial izquierda; extrabismo externo del ojo del mismo lado; estación de pié y marcha primero difícil, después imposible; paresia de los miembros inferiores; desviación de la cara hacia el lado derecho; frecuencia en la micción; reflejos patelares exagerados; *palabra difícilosa*.

Diagnóstico.—Lues cerebral hereditaria.

Tratamiento.—Jarabe Gibert.

OBSERVACIÓN 10.^a

Manuela M., de 10 años. Entre los ascendientes directos hay tuberculosos. *Madre:* ha tenido tres abortos. *Hermanos:* 8; dos nacen muertos, dos han fallecido de días.

Antecedentes personales.—Adenitis supuradas; tos; diarrea; neumonia.—Principió la enfermedad que la trae á la Clínica hace un año, con dolores generalizados á todo el cuerpo más intensos en las noches, duran 8 días; un mes después impotencia progresiva motriz del miembro inferior derecho por espacio de 30 días; cesó para reproducirse á los tres meses más tarde, coincidiendo con vómitos i dolor de cabeza durante tres semanas; al mismo

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

tiempo parálisis del lado izquierdo de la cara, caída del párpado superior y extrabismo divergente del ojo izquierdo; parálisis progresiva de todo el lado izquierdo; cefalalgias tenaces y por largo tiempo; *carácter* melancólico.

Exámen objetivo.—Parálisis, impotencia funcional y atrofia del miembro inferior izquierdo; impotencia sola en el superior de igual lado; pierna derecha, pérdida relativa de la fuerza muscular; mano y antebrazo izquierdos semi-atrofiados y paralizados, aunque el brazo tiene algunos movimientos en el hombro pero son muy limitados; reflejos patelares y sensibilidad, normales; cara con el lado izquierdo paralizado, sensible; pupila izquierda dilatada, no reacciona; paresia de los músculos recto interno, superior é inferior del ojo izquierdo; disminución de la agudeza visual; extrabismo externo; voz nasal; cuerpo tiroídes aumentado de volumen; ganglios del cuello infartados; órganos de los sentidos restantes, nada; esfínteres conservados.

Diagnóstico.—Sífilis cerebral (goma?).

Tratamiento.—Ioduro de potasio y píldoras de Dupuytren.

OBSERVACIÓN 11.^a

Josefina L., de 11 años. *Padre:* etílico y luético. *Madre:* sífilítica, sufre de várices. *Hermanos:* 10; 2 muertos y los demás son de mala salud.

Antecedentes personales.—Tifoidea; otorrea; vómitos tenaces; gastralgias; cefaleas frontales; en 1890 extrabismo convergente transitorio; impulsos irresistibles á la movilidad constante; desarrollo general pronunciado para su edad; carácter irascible; ideas incoherentes. Examinado el fondo del ojo se halló en el izquierdo el desarrollo de una dilatación venosa por compresión típica, y en el derecho la misma lesión en estado incipiente. —Presenta la nariz hundida en la raiz; ozena. Dientes *implantados viciosamente*, erosiones en los *incisivos medios superiores* y *amorfismo*. Sensibilidad, motilidad y reflejos, normales. *Infarto poliganglionar.*

Ha venido á la Clínica por sufrir de ataques epileptiformes con íctus, pérdida incompleta de la conciencia y ligeras convulsiones.

Diagnóstico.—Lues cerebral.

Tratamiento.—Jarabe Gibert, dos cucharaditas al día.

OBSERVACIÓN 12.^a

Italia Z., de 2 años i tres meses. *Padre:* luético. *Madre:* neurótica y sufre de cefaleas, dolores óseos nocturnos y alopecia. *Abuelo materno:* murió de intoxicación alcohólica. *Hermanos:* uno de ellos, menor que el enfermo, tiene erupciones pustulosas, infartos poliganglionares; otítis doble supurada y marcha tardía.

Antecedentes personales.—Desde el primer mes se notó en el niño dificultad para mover las extremidades; las manos estaban en pronación y las piernas no se podían separar con facilidad, apesar de estar fláxidas; la cabeza se inclinaba en todas direcciones; erupciones cutáneas; caída de las uñas de los piés. Inteligencia *nula*. *Hebetud*. Desarrollo físico retardado. Panículo adiposo no escaso, pero sí los vientres musculares. Las extremidades superiores contracturadas con movimientos limitados; los dedos de las manos en semi-flexión. Los miembros inferiores aplicados uno al otro, rígidos, sin movimiento, tienen desiguales medidas al mismo nivel:

Circunferencia muslo derecho. . . .	18 centímetros
» izquierdo. . . .	19 »
» pierna derecha. . . .	15 »
» izquierda. . . .	16 »

Reflejos en general, exagerados. Sensibilidad retardada. Reacción difícil con la corriente farádica, no la producen las corrientes continua y galvánica. *Infarto ganglionar generalizado*.

Diagnóstico.—Encefalopatía infantil atrófica.

Tratamiento.—Jarabe Gibert, dos cucharaditas al día.

OBSERVACIÓN 13.^a

Bartolo 2.^o M., de 7 años. *Padre*: alcohólico.

Antecedentes personales.—Enteritis y algorra; tos y epistaxis frecuentes; adenitis supuradas. En diciembre de 1893 principió á sentir dolores vesperales agudos en distintas articulaciones y sobre todo en la de la rodilla, tibia tarsiana, muñeca y hombro del lado izquierdo; después perdió los movimientos del brazo y en seguida pierna izquierdas: hay parálisis fláxida, atrofia muscular y pié caído. Reflejos patelares: izquierdo aumentado y derecho abolido. Sensibilidad conservada. Pupilas dilatadas desigualmente; existe reacción á la luz. Párpado superior derecho caído. Ojo izquierdo no lo cierra solo; pliegue naso-labial borrado y ángulo comisural izquierdo caído; lengua desviada á la izquierda. Esfínteres anal y vesical, relajados. Dientes *mal implantados; incisivos* con escotaduras. Xifosis en la parte inferior de la región dorsal. Cambio de carácter. Inteligencia disminuída.

Diagnóstico.—Síndrome de Weber (Lues hereditaria).

Tratamiento.—Específico.

OBSERVACIÓN 14.^a

María E. B., de 6 años. *Padre*: alcohólico; padece de dolores osteócopos nocturnos. *Madre*: ha tenido un aborto. *Hermanos*: 3 vive uno, sufre de otitis doble supurada.

Antecedentes personales.—De término; el año 1892 tuvo una afección febril (40°) de 4 días con cefalalgias, delirio, vómitos, convulsiones, etc., después quedó en un estado depresivo por espacio de 5 días. Ha tenido varias enfermedades febriles. Desde el año 1892 siente adormecido el lado derecho del cuerpo; presenta los miembros de este lado; el superior en rotación interna y abducción, no puede levantarlo, y el inferior en semi-flexión y rotación hácia adentro; pié varus equinus. Marchaba difícilmente con la punta del pié. Ptois pasajera del ojo derecho. Calambres frecuentes en lado derecho; lengua desviada al mismo lado. Este estado se ha modificado considerablemente: puede andar, levanta el brazo hasta la altura del hombro, pero no puede mover los dedos de la mano correspondiente. La circunferencia de los muslos, á ocho centímetros por encima de los cóndilos externos, es desigual:

Derecho.....	28 centímetros
Izquierdo.....	29 »

La pierna derecha es más corta que la izquierda. Dientes *irregularmente implantados*, en forma de espátula, con surcos longitudinales i bordes *escotados* visiblemente. Bóveda palatina muy excavada. *Infarto poliganglionar.*

Diagnóstico.—Hemiplegia. (Lues hereditaria).

Tratamiento.—Jarabe Gibert. Galvanización.

OBSERVACIÓN 15.^a

Juan N., de 5 años.—*Antecedentes hereditarios:* desconocidos.

Antecedentes personales.—A la edad de 3 años *no andaba*; cabeza se inclina hácia adelante ó atrás con bastante facilidad; miembros superiores é inferiores muy atrofiados; vientre sumamente aumentado de volumen; rigidez en las extremidades. Ahora *gatea* apoyándose en el suelo con los brazos y abdomen, para avanzar solo mueve los miembros inferiores. Teniéndolo apoyado para que se ponga vertical, se ve que los muslos están juntos y en rotación interna, las rodillas se chocan, las piernas se separan, los piés describen un ligero semi-círculo y el cuerpo se inclina lateralmente. Reflejos, rotulianos aumentados. Músculos de la nuca rígidos. Extrabismo externo en el ojo derecho. Varias cicatrices en el cuerpo, y además *cicatriz lumbo-sacra. Infarto poliganglionar.* Inteligencia perturbada; *no sabe hablar*, solo comprende algunas palabras.

Diagnóstico.—Paraplegia idiopática (Lues hereditaria).

Tratamiento.—Específico. 1897.

En el cerebro las lesiones sifilíticas se localizan por lo general en los huesos craneales, en las meninges y en señaladas circuns-

tancias en el órgano mismo, es decir, la Lues es indirecta; en la médula pasa lo contrario, pues excepcionalmente son atacados los cuerpos vertebrales ó las envolturas raquídeas si no que comunemente es la sustancia nerviosa medular que sufre primero las consecuencias de la infección, por lo tanto, aquí la sífilis es directa. Según sea la parte invadida así serán los síntomas que se espresan para constituir los cuadros clínicos de las afecciones medulares, formadas por signos más claros y tipos más uniformes que los procesos cerebrales, aunque también se suelen manifestar con el polimorfismo de casi todas las enfermedades nerviosas cuando las partes comprometidas pertenecen á sistemas de fibras cuyas funciones son distintas.

Entre las afecciones medulares tenemos la *parálisis espinal infantil* con una semeiología bien acentuada y característica; desde luego su comienzo es análogo al de todas las enfermedades agudas febriles de la primera infancia: elevación térmica brusca y alta (39°, 40° y más aún), escalofríos, frecuencia del pulso, etc., todos estos fenómenos pueden durar de 36 horas á varios días. Al mismo tiempo aparecen perturbaciones intestinales (inapetencia, vómitos de intensidad variable, diarreas, etc.); á veces desde el primer momento se producen fenómenos nerviosos que consisten en somnolencia, coma en ocasiones letal y convulsiones que son raras; también suelen iniciar la enfermedad «dolores en el ráquis, tronco, miembros, rigideces musculares, contracturas que afectan sobre todo á los músculos que serán paralizados.»

En la observación 16 principian los fenómenos con diarreas frecuentes, fiebre y movimientos convulsivos que en la generalidad de los casos son excepcionales; la invasión de la monoplegia es igualmente característica de la enfermedad, pues es brusca y afecta *en masa* todo el miembro izquierdo. La historia 17 suministra un ejemplo de cómo la afección comienza por dolores variados, accidentes convulsivos, diarrea y fiebre. Hallamos fenómenos nerviosos (somnolencia), dolores maleolares, fiebre, rigidez del cuello é impotencia de las extremidades inferiores, en la observación 20.

Después de este período inicial propio de infección cualquiera vienen agregarse un fenómeno que caracteriza la afección: la parálisis que invade rápidamente, en 12 á 24 horas, los músculos de toda una extremidad, de las dos del mismo lado, de una de



un lado y otra del opuesto; ó bien es una paraplegia (obs. 20), ó bien es una parálisis de los cuatro miembros, etc.

Esta parálisis de extensión tan variable es bastante intensa, flácida, y afecta á los miembros *en masa*; de aquí el fenómeno conocido con el nombre de *miembros de polichinela* ó de *manequí*, por la movilidad exagerada que tienen los diferentes segmentos de una extremidad. Al cabo de pocos días entra en un período de regresión ó más bien de fijación que dura de 1 á 2 semanas, durante las cuales vemos que la parálisis va limitándose día por día hasta que queda reducida á los músculos que más tarde sufrirán la atrofia. Los reflejos tendinosos abolidos ó muy disminuidos; la sensibilidad queda intacta, es raro verla ligeramente alterada.

Los músculos afectados definitivamente no sólo pierden sus movimientos, sino que son también asiento de un proceso de atrofia que herirá asimismo á los huesos, haciéndolos sufrir detenciones de desarrollo, y quedando más delgados y cortos serán causa de luxaciones y fracturas posteriores. «Entre la alteración de los huesos y la de los músculos no existe ninguna relación; el hueso puede estar alterado en el segmento de un miembro sin que el sistema muscular esté lesionado, y recíprocamente, como si los huesos y los músculos tuviesen centros tróficos diferentes.»

En los miembros paralizados encontramos también otras perturbaciones tróficas: adiposis subcutánea, enfriamientos, adelgazamiento y fragilidad de la piel, cianosis, etc., hechos que deben tomarse en cuenta en la adopción de aparatos ortopédicos, destinados á corregir las deformaciones consecutivas al predominio de los músculos antagonistas á los paralizados. Estas deformaciones son: el *pié-bot* en la forma *varus equinus*, que obliga al enfermo á andar sobre el borde externo del pié; análoga deformación de la mano, con actitudes que varían según los individuos, y en el tronco podemos encontrar escoliosis simples ó complicadas.

Los esfínteres están intactos, salvo algunas veces en el período de invasión. El desarrollo intelectual no sufre perturbación. En las observaciones 16 y 18 tenemos la inteligencia en un caso nula y en otro escasa.

Cuando la enfermedad se presenta de un modo benigno solo dura la parálisis algunos días y desaparece, terminación que por regla general y desgraciadamente no es frecuente. De ordinario;



sobre todo si los músculos afectados no son convenientemente tratados, la terminación es la parálisis atrófica permanente en los músculos afectados en el momento de la regresión. Aun constituida ya la parálisis y atrofia muscular, toda esperanza no está perdida, pudiendo recobrar en raros casos el volumen y movimientos después de muchos años.

OBSERVACIÓN 16.^a

Moisés A. C., de 1 año y 9 meses. *Padre*: luético, murió repentinamente. *Madre*: histérica. *Hermanos*: 5; uno enfermo.

Antecedentes personales.—Diarreas frecuentes; al año y siete meses de edad apareció bruscamente una parálisis completa de la pierna (miembro?) izquierda, hubo movimientos convulsivos, fiebre y nada en los esfínteres. Diez días después vuelven ligeros movimientos en la pierna paralizada. Los diámetros de los miembros inferiores son los siguientes:

Pierna izquierda, al nivel de la pantorrilla..	18 centms.
» derecha	» » » .. 25 »
Muslo izquierdo	» del $\frac{1}{3}$ inferior . . . 22 »
» derecho	» » » . . . 25 »

Pié en *varus equinus*. Reflejos rotulianos perdidos. *Infarto ganglionar generalizado*; erupciones cutáneas.

No hay reacción de degeneración. Los movimientos pasivos son libres é indoloros. *Inteligencia escasa*.

Diagnóstico.—Parálisis espinal infantil.

Tratamiento.—Específico y electricidad.

OBSERVACIÓN 17.^a

Carlos B., de 2 $\frac{1}{2}$ años. *Padre*: luético y etílico. *Madre*: Sufre de jaquecas desde la edad de 7 años. *Hermanos*: 9; 3 muertos á corta edad y 6 vivos con erupciones cutáneas; ganglios infartados; dientes, marcha i palabra tardías; enuresis nocturnas.

Antecedentes personales.—De edad de un mes se quejaba mucho, rechazaba el pecho y le venían unos ataques en que se le ponía la cara verdosa (?), desviaba los ojos hacia arriba i luego convulsiones ligeras; á los dos meses de edad tuvo diarrea con fiebre por espacio de sesenta días. Desde 2 años, la madre notó que el niño al andar echaba bastante hacia afuera el pié derecho; esto aumentó progresivamente.

Ahora el enfermito anda con la punta del pié derecho desviada hacia afuera; el pié está caído adelante, con la bóveda muy convexa y la planta muy excavada; hay atrofia poco marcada de la

pierna derecha. Comparando los diámetros de ambas piernas se tiene:

Por encima de la rodilla	derecha	21 centímetros
» » » »	izquierda . .	23 »
» debajo » »	derecha . . .	17 »
» » » »	izquierda . .	19 »

La fuerza está disminuída en el miembro inferior derecho. Sensibilidad intacta. Reflejo patelar izquierdo: exagerado.

Diagnóstico.—Parálisis espinal infantil.

Tratamiento.—Específico.

OBSERVACIÓN 18.^a

Sara P. de 5 años. *Abuela materna*: murió parálitica. *Hermanos*: 3; han muerto en la primera infancia en medio de accesos convulsivos.

Antecedentes personales.—Nació antes de término (7 meses); todas las articulaciones con flacidez considerable, pudiendo ejecutar movimientos bastante exagerados; á los 8 meses de edad le vino una erupción herpética al cuero cabelludo y á los cuatro miembros. En este estado fué traída á la Clínica nerviosa; se le aplicó electricidad y se instituyó el tratamiento específico (Licor Van Swieten, 1 cucharadita al día): desaparece la erupción, recobra las fuerzas en los miembros superiores, y la enfermita puede tenerse de pié con sostén. A los dos años presentó el antebrazo izquierdo doblado sobre el brazo correspondiente, la mano sobre el hombro del mismo lado y los dedos en continuos movimientos atetósicos.

El año 1893 viene por segunda vez á la Clínica en el mismo estado antiguo, y además extrabismo convergente de ambos ojos. Tejido óseo y muscular poco desarrollados. Contractibilidad eléctrica (galvánica y farádica) disminuídas. Alteraciones motrices más acentuadas en los miembros inferiores. Pié *varus equinus*. Sensibilidad conservada. Reflejos patelares, abolidos. Vejiga y recto, normales. Incisivos medios superiores más *grandes* que los demás. Desarrollo intelectual, *nulo*; pronuncia mal.

Diagnóstico.—Parálisis espinal infantil.

Tratamiento.—Específico. Se trató un poco tiempo, dejó de hacerlo un año, se volvió á agravar.

OBSERVACIÓN 19.^a

David A. G., de 8 años. *Abuelo materno*: sufría accesos convulsivos, cefaleas nocturnas, alopecia; murió repentinamente. *Abuela materna*: tuvo ataques en los cuales lloraba mucho; 11 embarazos y 2 abortos. Siete *tíos maternos* murieron en la primera infancia:

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

el que falleció de más edad fué uno de 5 años, se hizo notar por la pequeñez de estatura, por la cabeza «enormemente grande» (hidrocefalia?) y por haber quedado *completamente ciego* en el espacio de 8 días; murió de coqueluche. *Padre:* alcohólico. *Madre:* padece de cefaleas nocturnas; es histérica, ha tenido 4 embarazos y 3 abortos; hay *vulnerabilidad dentaria, erosiones é implantación viciosa*; tiene dolores fulgurantes en las piernas y lancinantes en las rodillas; supresión menstrual desde hace 6 años; anda mal en la oscuridad (signo de ROMBERG); discotoma chispeante y disminución de la agudeza visual sin llegar á la ceguera; hemicránea; hiperestesia del cuero cabelludo; fotobia; cambios de carácter. Hay síntomas de hístico-neurastenia.

Antecedentes personales.—Nació de término en un parto difícil; á los 9 meses, bronquitis y diarreas en varias ocasiones. *Anduvo* á los 2 años; en 1893 tuvo dolores á los maléolos de la pierna izquierda, después accesos febriles con delirios seguidos de somnolencia, rigidez del cuello é impotencia de las extremidades inferiores (paraplegia completa durante 3 meses).

Consiguió mejoría relativa. Se presentó á la Clínica con lordosis lumbo-sacra; atrofia del miembro inferior izquierdo; la región glútea izquierda más baja que la derecha; ambos piés en *varus equinus*, deformados; movilidad de las articulaciones tibio tarsianas exagerada; tendón de Aquiles (lado izquierdo) retraído; reflejos rotulianos abolidos.

Los miembros inferiores tienen las diferencias anotadas á continuación:

	Derecho Izquierdo	
	m.	m.
Largo (de la espina ilíaca á la cabeza del peroné)	0.39	0.35
Peroné (de la cabeza al maléolo)	0.27	0.26
Circunferencia del muslo ($\frac{1}{3}$ superior)	0.36	0.32
» » ($\frac{1}{3}$ inferior)	0.26	0.25
Pierna (parte más saliente de la pantorrilla)	0.245	0.21
Largo del pié	0.185	0.17

Dientes de Hutchinson; infartos ganglionares en la ingle.

Diagnóstico.—Parálisis espinal infantil.

Tratamiento.—Galvanización de los miembros inferiores. Por los antecedentes específicos se le prescribió jarabe de Gibert, una cucharadita al día.

Si la temperatura del miembro paralizado no es excesivamente baja, si no difiere más que $\frac{1}{2}$ á 1.° de la temperatura del lado sano, el miembro no está perdido; sucediendo lo contrario no hay nada que esperar.

Cuando las lesiones están colocadas á mucha altura en la mé-



dula y se compromete el bulbo, el desenlace de la afección es la muerte. En la observación 18 hay compromiso del nervio óculo-motor-externo.

Muchas veces este proceso mórbido reaparece y se extiende más en edades posteriores (5 á 30 años más tarde) bajo la forma de una amiotrofia progresiva.

La *parálisis espinal específica de Erb* (Síndrome de ERB) tiene un desarrollo progresivo, lento, dura meses y aún años. Se anuncia por parestesias, dolores transitorios, sensaciones de dificultad para andar, el enfermo no puede tenerse mucho tiempo de pié; á esto se añade debilidad vesical. Cuando la enfermedad está constituida el paciente presenta una paresia que muy rara vez llega á ser una paraplegia verdadera, es por lo tanto una parálisis incompleta, parcial y parcelaria, como dice FOURNIER. Estos fenómenos vienen acompañados de reflejos tendinosos (clonus pedi); pero este estado no da lugar á contracturas que fijen los miembros en una posición determinada.—Existen al mismo tiempo alteraciones mínimas de la sensibilidad; en algunos casos vemos solamente placas de anestesia, ó encontramos la sensibilidad desasociada, ó nos acusa el enfermo dolores fulgurantes. Son frecuentes las perturbaciones de los esfínteres, según DARIER, exigen el uso de la sonda la cuarta parte de ellos.

La invasión progresiva y lenta, el carácter espasmódico, el compromiso de los esfínteres, las alteraciones aunque pequeñas de la sensibilidad y el aumento de los reflejos, la distinguen de la *parálisis espinal infantil*, haciéndola formar una entidad diferente tal como aparece en la observación 20; aunque en esa historia aparecen fenómenos que indican una invasión alta de la médula.

OBSERVACIÓN 20.^a

Fernando 2.^o M., de 10 años.—*Padre*: luético y alcohólico.—*Hermanos*: 8; viven 2, inclusive él.

Antecedentes personales.—Ha padecido de neumonia, viruela, *afecciones oculares i otitis supurada*.

A los 8 años comenzó á sentir debilidad progresiva de los miembros inferiores hasta hacerle dificultosa la marcha, anda arrastrando los piés cuando lo hace con apoyo: se ha enflaquecido bastante; sueño por lo general bueno, aunque tiene á veces pesadillas; palabra lenta y embarazada; sensibilidad intacta; reflejos patelares aumentados; pupilas perezosas á la luz; *dientes* comien-



zan á *escotarse*. Demás aparatos y miembros superiores, normales.

Diagnóstico.—Parálisis espinal específica de Erb.

Pronóstico.—Reservado.

Tratamiento.—Jarabe de Gibert.

También es necesario distinguir la *parálisis esencial de la infancia* de la *pseudo-tabes sífilítica* (Enfermedad de Parrot), donde verdaderamente no hay parálisis si no una impotencia funcional á causa de las fracturas producidas en la unión de la diáfisis con la epífisis, en el lugar de la fractura encontramos tumefacción muy pronunciada, crepitación, etc., y demás síntomas propios; hay reacción eléctrica; los miembros se van comprometiendo unos en pos de otros.

Las *parálisis obstétricas* afectan grupos musculares cuyos centros de excitación son únicos ó están próximos; son originadas en general después de partos laboriosos.

La *hemiplegia cerebral infantil* presenta de común con la *parálisis espinal infantil* los fenómenos de parálisis y atrofia muscular y de lesiones tróficas de los huesos; á veces, en lugar de hemiplegia puede presentarse sólo una paraplegia, pero en todo caso hay aquí exageración de los movimientos reflejos, ataques apoplectiformes y sobre todo compromiso mayor ó menor de la inteligencia que puede llegar al idiotismo completo.

Estos signos tienen un valor enorme ya que en la parálisis espinal infantil hay *abolición* de los reflejos i *no existen* perturbaciones psíquicas, pero por desgracia este último síntoma no siempre podemos comprobarlo por la edad en que estas enfermedades se presentan.

Tenemos la *histeria* que suele manifestarse por parálisis con caracteres análogos á los de la parálisis espinal infantil; hay entonces que examinar siempre los fenómenos, estudiar los reflejos que en la histeria *están aumentados* y fijarse que esta neurósia puede aparecer á los 6 meses en los casos precoces y sobre todo en la época de la dentición en que se muestra el máximum de los casos.

La *tabes dorsal espasmódica* (Enfermedad de LITTLE) es una afección cerebro-espinal y no medular como aparece en casi todos los tratados de patología. Consiste casi exclusivamente en perturbaciones de la motilidad de carácter espasmódico. P. MARIE dice que durante la marcha es cuando puede observarse más clara-



mente la rigidez de todos los músculos del cuerpo, pero esto será cuando observemos un enfermo muchos años después del principio de la enfermedad y en individuos que puedan andar, que son la excepción.

En la posición de pie la actitud es más característica, vemos entonces que la cabeza y parte superior del tronco se inclinan hacia adelante; los miembros superiores en semi-flexión se aplican á los lados del tronco; los inferiores en rotación hacia dentro, los muslos aplicados el uno al otro, en adducción; las puntas de los pies dirigidas hácia dentro; de modo que entre las dos piernas queda circunscrito un espacio oval.

Cuando las perturbaciones son acentuadas el pie tiene tendencias al equilibrio; si el enfermo puede andar presenta la marcha espasmódica típica: arrastra con ruido la punta del pie, que avanza describiendo una especie de semi-círculo; este movimiento exige una inclinación de lateralidad del tronco, de modo que se cimbran mucho al dar los pasos. El enfermo parece impelido hacia adelante, fenómeno debido á una manifestación espasmódica del clonus pedi. Como los muslos están en adducción forzada al andar frotan las rodillas entre sí, las entrecruzan lo que hace que se caigan con alguna facilidad, aunque no frecuentemente.

Sentados los enfermos se apoyan únicamente en los isquiones, quedando los muslos y las piernas en extensión, de modo que quedan en equilibrio inestable, se resbalan y caen; en los casos acentuados esta posición es imposible.

Por lo general, los miembros afectados son los inferiores, aunque pueden estar comprometidas las cuatro extremidades desde el principio para después permanecer solo en los miembros inferiores, dejando libres á los superiores; cuando éstos están atacados los movimientos que exigen cierta delicadeza en su ejecución, como la escritura, costura, etc., no pueden practicarse. Los músculos del cuello y de la nuca están con frecuencia lesionados, entonces se suele observar un ligero grado de extensión de la cabeza ó un torticolis espasmódico lateral; se ha señalado perturbaciones de la deglución, respiración y fonación, por espasmos del exófago ó de los músculos laríngeos.

Suele haber alteraciones de la palabra, que en los casos intensos es lenta, arrastrada ó sacudida, la generalidad de los enfermos aprenden hablar tarde.

Los músculos de los ojos también pueden ser afectados, en un

gran número de casos, se ha encontrado extrabismos. En los músculos de la cara, la rigidez se traduce por pérdida de la expresión que da á la fisonomía un aire estúpido, sólo cuando una pasión ó impresión fuerte viene agitar á los enfermos, los movimientos mímicos son excesivos y las contracciones intensas, de donde resulta una *expresión diabólica*, como dicen los clásicos.

La rigidez espasmódica disminuye con el sueño y el reposo, aumenta después de esfuerzos ó impresiones morales. Los reflejos tendinosos y periósticos están aumentados; la sensibilidad general conservada; la excitabilidad eléctrica de los músculos es normal; suele haber perturbaciones tróficas (frialdad, lividez, enrojecimiento); las funciones del recto y la vejiga están intactas; el estado intelectual es normal, aunque á veces se muestran signos de degeneración.

En algunas ocasiones la rigidez es tan poco acentuada que no alcanza á impedir ejecutar los movimientos.

Tiene sus principios la enfermedad en los primeros días ó meses de la vida y se nota cuando el enfermito comienza á practicar movimientos coordinados; la afección es benigna y tiene tendencias á la curación.

Reconoce como causa etiológica el nacimiento antes de término ó el parto difícil, también se mencionan meningitis, encefalitis y procesos cerebrales que pueden sobrevenir durante los primeros meses de un niño nacido en condiciones normales; pero en estos casos no congénitos al lado de los fenómenos de la Enfermedad de LITTLE, tenemos perturbaciones de la inteligencia que puede llegar hasta el completo idiotismo, ataques convulsivos, epileptiformes. P. MARIE clasifica estos casos debidos á una afección inflamatoria de las meninges ó del cerebro, con el nombre de *estado tábeto-espasmódico*.

Según el modo de iniciarse la enfermedad en la observación 21, parece que hubiera existido una afección cerebral, aunque no se expresa esta particularidad; la observación 22 da como antecedente nacimiento de término y parto difícil. Notamos en la observación 21 una atrofia muscular y flaxidez del miembro inferior derecho, carácter muy ajeno á la entidad en cuestión.

OBSERVACIÓN 21.^a

Juan F. G., de 2 años.—*Madre*: exostosis en la parte superior del parietal derecho; enfartos epitrocleares.

Hermanos: 4; uno muerto.

Antecedentes personales.—Antes de manifestarse la presente enfermedad ha tenido disentería. En junio de 1894 tuvo calofríos, fiebre, cefalalgias, vómitos, diarrea; después se notó que ya no podía marchar, solo *gateaba* arrastrando la pierna derecha con la punta del pié desviada hacia adentro; no se podía sentar. Cuatro meses más tarde del comienzo de la enfermedad ambas piernas disminuían de grosor y había en los brazos erupciones papulosas. Atrofia muscular y flaxidez del miembro inferior derecho; pié *varus equinus*. Principios de atrofia muscular de la pierna izquierda; pié valgus. Reflejos patelares un poco exagerados.

Sensibilidad conservada.

Los miembros inferiores acusan una diferencia que se revela por las siguientes medidas:

	Derecho	Izquierdo
Sobre los maléolos.....	10 cent.	12 cent.
Pantorrilla.....	15.5 »	17.5 »
Sobre los cóndilos.....	20.5 »	21.5 »
Parte superior del muslo.....	25 »	25 »

Diagnóstico.—Enfermedad de Little.

Tratamiento.—Jarabe Gibert. Masaje á los lados de la columna vertebral. Corrientes descendentes.

OBSERVACIÓN 22.^a

Roberto D., de 3 años.—*Padre y madre*: luéticos.

Hermanos: 1.

Antecedentes personales.—De término; parto difícil por volumen de la cabeza, cuyos diámetros O F y O M son de 0.08 y 0.135, respectivamente. Marcha, palabra y dentición *tardías*.

Estado presente.—Niño bien desarrollado; no puede andar ni sentarse; sufre de dolores intermitentes; tibias arqueadas. Sostenido anda con piernas rígidas, cruzándolas. Movimientos de los miembros superiores disminuídos, más el derecho. Temperatura de ambas piernas, sub-normal. Sensibilidad general y especial intactas. Esfínteres, nada. Inteligencia normal.

Diagnóstico.—Enfermedad de Little.

Tratamiento.—Puntas de fuego en la columna, corrientes farádicas y yoduro de potasio.

OBSERVACIÓN 23.^a

Julio C. S., de 3 años. *Abuela materna*: tuberculosis pulmonar y cefaleas nocturnas. *Madre*: cefalalgias que aumentan en las noches.



Antecedentes personales.—A la edad de 2 años pulmonía que duró 3 meses; hace 6 meses afecciones *auditivas* y oculares. El niño *no anda, no habla* y apenas le han salido los incisivos medios inferiores.

Los miembros inferiores con movimientos voluntarios muy limitados, cuando se les imprime alguno puede llegarse hasta la exageración; algunas epífisis óseas aumentadas de volumen; hay una erupción en la parte ínfero-externa de la pierna izquierda de color cobrizo y del tamaño de una moneda de diez centavos; infartos ganglionares en el cuello; en los piés el dedo pequeño es más largo que el cuarto; esfínteres normales; dientes *pequeños* con algunas *erosiones*.

Diagnóstico.—Enfermedad de Little.

Tratamiento.—Jarabe Gibert, una cucharadita al día y $\frac{1}{2}$ en la noche. 1897.

Procurarémos distinguir la *tabes dorsal espasmódica* de algunas enfermedades con las cuales puede confundirse á primera vista. La *parálisis espinal infantil* es una parálisis esencialmente fláxida, es decir, una parálisis en que los reflejos están aumentados; la *enfermedad de THOMSEN* constituida por una rigidez muscular, pero que se hace manifiesta en el momento en que el enfermo va á ejecutar algún movimiento, no es tampoco una enfermedad espasmódica en que los reflejos se presentan exagerados.

BERNHARDT ha descrito una entidad mórbida con los síntomas de la Enfermedad de LITTLE que se muestra en miembros de una misma familia á partir de 30 años; no se sabe de qué enfermedad se trate.

Algunos signos de la *histeria* (paraplegia con contracturas, etc.) semejan la *tabes dorsal espasmódica*, pero la exageración de los reflejos y las alteraciones coexistentes de la sensibilidad alejan un tanto dudas sobre el particular; además en los niños faltan los estigmas. Nunca serán demasiado el mayor número de datos recogidos minuciosamente para aclarar este diagnóstico diferencial que puede ser de gran trascendencia.

Las mielítis raquídeas son generalmente afecciones infecciosas secundarias, caracterizadas por cada uno de los fenómenos que encontramos en la observación 29, es decir, fiebre, dolor, en la región vertebral afectada, hiperestesia al nivel de la lesión, las parálisis que señalan el comienzo del segundo período de la enfermedad y las rigideces de la columna. La fiebre y el dolor es menor



en la mielítis que en la meningo-mielítis; las lesiones tróficas son propias de la mielítis, y no se encuentra en ella rigidez, ni dolor que aumenta con la presión, ni contracturas musculares. El meningismo es una fluxión ó congestión activa de las meninges causada por pirexias graves, en sí no es serio como las meningitis y sigue una evolución diversa.

OBSERVACIÓN 24.^a

Felicia R., de 7 años.—*Padre*: luético. *Madre*: un aborto. *Hermanos*: 6; 2 muertos y uno epiléptico.

Antecedentes personales.—Tifoidea; absceso rectal; en 1893 fiebre con temperaturas bajas durante 3 días, después dolor intenso con hiperestesia en la región sacra y miembro inferior derecho, en seguida parálisis de desarrollo rápido en el mismo miembro y rigidez de la columna. Sometida á un tratamiento específico y electricidad recobró parcialmente los movimientos. Presenta ahora parálisis fláxida en el miembro inferior derecho, menos en el tríceps; pié caído; marcha *stepage*; ligero varus equinus; movimientos del pié sobre la pierna abolidos, y de la pierna sobre el muslo disminuídos; en los del muslo sobre la pelvis predominan los estensores. Reflejos patelares: derecho, perdido é izquierdo conservado. Atrofia muscular pierna, muslo, glúteos y masa lumbar; temperatura de la pierna enferma disminuída.

Los miembros inferiores presentan las diferencias siguientes:

	Derecho	Izquierdo
	m.	m.
Longitud del pié.....	0.27 cent.	0.285 cent.
Circunferencia de la pierna (á m. 0.04 encima art. tibio tarsiana).....	21 »	23 »
Circunferencia de la pierna (á 0.05 debajo art. rodilla).....	15 »	16 »
Circunferencia del muslo (á 0.08 encima art. rodilla).....	27 »	28.5 »
Longitud del miembro inferior.....	52 »	53 »

Diente de Hutchinson, característico. Alteraciones *oculares* y *auditivas*. *Infartos poliganglionares*. Escoliosis y lordosis.

Diagnóstico.—Meningitis espinal sífilítica (región lumbosacra).

Tratamiento.—Corrientes farádicas en el miembro inferior derecho. Jarabe Gibert, 2 cucharaditas al día.

Entre las neurosis que pueden encontrarse en el curso de la Lues hereditaria las más frecuentes son la *neurastenia*, *histeroneurastenia*, *corea* é *histeria*; los síntomas en general no ofrecen

particularidades manifiestas en aquellas que en determinadas ocasiones se presentan en la infancia. El *corea* es una enfermedad de las primeras edades; en su forma vulgar (*corea convulsivo*, de SYDENHAM) puede constituirse bruscamente ó ser anunciado por pródromos más ó menos prolongados (perturbaciones psíquicas, motoras inapreciables, etc.); los movimientos coréicos son contracciones involuntarias, conscientes, irregulares, de gran amplitud, blandas, se exageran con la atención y desaparecen con el sueño. Otra variedad de *corea* que hallamos en las observaciones es el *blando ó paralítico*, cuyo modo de establecerse es análogo al de SYDENHAM en sus principios, después aparecen perturbaciones de la motilidad que poco á poco van aumentando hasta llegar á la *parálisis completa* (período de estado), rara vez viene bruscamente en 24 á 48 horas; en el período de estado la parálisis es absoluta, fláxida, solo examinando cuidadosamente se suele ver en los casos típicos pequeños movimientos incoordinados (*coreiformes*) que se presentan con intervalos alejados; la distribución de la parálisis es con frecuencia generalizada y cuando compromete los músculos del cuello los niños parecen muñecos de trapo, en otros casos tenemos una hemiplegia, una monoplegia y rara vez una paraplegia; no hay perturbación de la sensibilidad.

La duración de esta parálisis varía entre 3 semanas y 2 meses como máximo; termina siempre favorablemente. Con propiedad, esta afección no es un *corea* si no más bien una parálisis infantil, por consiguiente este grupo nosográfico es independiente de otro grupo, en el cual vemos aparecer fenómenos paralíticos que preceden, acompañan ó siguen á un ataque de *corea*; á estas perturbaciones motoras se les da el nombre de *parálisis coréicas* representadas por iguales fenómenos á los del *corea blando*, pero de más larga duración y algunas veces con atrofas cuando las perturbaciones coréicas han sido acompañadas de artropatías dolorosas; las amiotrofias no presentan reacción de degeneración, los reflejos están abolidos y mejoran con prontitud.

En el *corea blando* las perturbaciones motoras no vienen precedidas de accesos febriles y en los casos en que viene amiotrofia ésta no presenta reacción de degeneración; en esto se distingue de la parálisis espinal infantil.

Las parestias relativas de los miembros inferiores izquierdos en ambas observaciones (25 y 27) nos hacen pensar que se trata en estos casos de un *corea blando* como en la observación 28.^a



OBSERVACIÓN 25.^a

Juan I., de 9 años.—*Madre*: ha tenido 5 partos y 3 abortos, sufre de cefaleas nocturnas. *Hermanos*: 4, todos muertos á temprana edad.

Antecedentes personales.—Desde 1887 sufre durante el sueño de accesos de llantos, con muchas palpitaciones y convulsiones clónicas; poco después cesan éstos fenómenos y vienen movimientos involuntarios durante la vigilia. Se diagnosticó *corea*, instituyéndose el tratamiento específico que da resultados hasta paralizar por algún tiempo los movimientos. Unido al tratamiento antedicho se le aplicó corrientes descendentes en la columna y bromuro de amonio al interior. Vuelven nuevamente en mayo de 1896.

Estado actual.—Niño pálido, moreno, estatura regular, panículo adiposo y tejido muscular poco desarrollados, lóbulos de las orejas adheridos, dientes *implantados* viciosamente; bóveda palatina *muy excavada*, infarto ganglionar del cuello. Movimientos involuntarios de las manos (aparta y junta los dedos); flexión de la mano sobre el antebrazo; los movimientos aumentan al ejecutar un acto voluntario; durante la marcha hay retardo y falta de flexión de la pierna izquierda sobre el muslo correspondiente.

Diagnóstico.—Corea específico (paralítico?)

Tratamiento.—Jarabe Gibert. Electricidad.

OBSERVACIÓN 26.^a

Angel P., de 9 años.—*Madre*: histérica?, ha tenido 5 abortos; 2 gemelos nacieron muertos.

Antecedentes personales.—En 1890 tuvo erupciones cutáneas, las que aparecen nuevamente en 1896 junto con ligeros movimientos aislados en diversas partes del cuerpo; en este tiempo tuvo también coqueluche. Principió á mostrar *cambios de carácter*, *cefaleas* frecuentes y los movimientos involuntarios se hicieron rápidos y desordenados; comenzaron en los brazos primero y en seguida se extendieron á todo el cuerpo. Aumentaban durante el sueño y despertaba llorando. *Inteligencia perturbada*. Movilidad exagerada, gesticula de distintas maneras.

Los movimientos desaparecen con la atención y á veces disminuyen con el sueño. Patelares, algo aumentados. Dientes *implantados viciosamente*; *incisivos medios superiores escotados*. *Ganglios* infartados. Tibias rugosas.

Diagnóstico.—Corea (Lues hereditaria.)

Tratamiento.—Jarabe Gibert, una cucharadita al día.



OBSERVACIÓN 27.^a

Sara P., de 10 años.—Bisabuelo y un tío *paterno*: locos.—*Padre*: alcohólico; tiene erupciones cutáneas, dolores óseos nocturnos y alopecia desde ántes del nacimiento de la enferma.—*Madre*: sufre igual cosa desde el matrimonio.—*Hermanos*: 5; un aborto y 2 muertos.

Antecedentes personales.—Ha tenido muchas enfermedades durante la infancia. Precedidos de *cambios de carácter y ánimo triste*, aparecieron en junio de 1893 movimientos continuos involuntarios; primero en la pierna izquierda, ganaron en seguida el brazo correspondiente y después la cabeza, que ejecuta movimientos de lateralidad. Durante algún tiempo los fenómenos no variaron; se han generalizado, predominando en el lado izquierdo. Hay incoordinación en los movimientos voluntarios. Desaparecen con el sueño de un modo gradual y siguiendo un orden fijo; el último en borrarse es el del pié cuando ya está profundamente dormida.

Inteligencia.—Cada día más oscurecida; memoria menor, distracciones frecuentes. Se le ha olvidado la escritura. Presenta *cara de idiota*; risa sardónica; sufre de cardialgias; siente el cuerpo pesado, más al lado izquierdo.

Diagnóstico.—Corea paralítico? (Lues hereditaria).

Tratamiento.—Bromuro de amonio; Licor de Fowler y corrientes continuas.

OBSERVACIÓN 28.^a

Ercira M., de 10 años.—*Padre*: alcohólico y reumático?—*Madre*: luética; ha tenido 7 abortos en 17 embarazos.—*Hermanos*: 15, cuatro vivos y once muertos; los sobrevivientes han sufrido de corizas crónicas, erupciones cutáneas, otitis supuradas, afecciones oculares, etc. No hay uno de buena salud.

Antecedentes personales.—A los 7 años tuvo erupciones cutáneas, cefaleas con exacerbaciones nocturnas, alopecia, afecciones oculares, corizas, tos, influenza, lombrices, etc. A mediados del año 1896 se principió á notar en la enferma *cambios de carácter, palabra dificultada* é insomnios. En seguida, á consecuencia de grandes impresiones (salteo, palos?), comenzó á tener alucinaciones terroríficas y á mostrar impotencia funcional en el brazo y pierna derecha primero, después en todo el cuerpo; durante el sueño y la vigilia había flaxidez general. Reflejos disminuídos. Músculos del miembro superior derecho atrofiados. No puede estar tranquila un momento por más que se la obligue; hay movimientos arítmicos, irregulares é involuntarios generalizados, aunque más intensos en el brazo y pierna derechos. Audición mala. Pupilas dilatadas y perezosas. Erupciones papulo-

sas en las manos. *Ganglios infartados*. Dientes *mal implantados* y *cariados*. *Inteligencia escasa*. Marcha difícilmente arrastrando pierna derecha. Encuentra (sensación) muy pesada la pierna y brazo derechos.

Diagnóstico.—Corea paralítico.

Pronóstico.—Favorable.

Tratamiento. Licor de Fowler; corrientes descendentes en la columna y régimen higiénico.

R. —Bromuro de potasio.....	4 gramos
Agua de tilo.....	90 »
Jarabe de codeína.....	40 »
M. Tres cucharadas al día.	

OBSERVACIÓN 29.^a

Matilde O., de 11 años.—*Abuelo materno*: alcohólico, murió insano.—*Abuela materna*: cefaleas nocturnas.—*Tíos paternos*: etílicos y epilépticos.—*Padre*: luético y alcohólico.—*Madre*: luética; ha tenido siete partos i un aborto.—*Hermanos*: 6; tres muertos y 3 enfermos.

Antecedentes personales.—Oftalmía purulenta al nacer, perdió el ojo izquierdo; viruela. Desde la edad de un año le vienen accesos de risa, llantos, desesperación con arrancamiento del cabello, contorsiones en brazos y piernas. Dolores peri-articulares y óseos nocturnos. *Infarto poliganglionar*. Reflejos rotulianos abolidos.

En abril de 1896 comenzó á tener movimientos desordenados en el brazo y pierna izquierdos, en seguida cara, y brazo y pierna derechos; cesaban con el sueño. *Estado mental debilitado*. Los movimientos son rápidos, sin ritmo ni localización, en todas direcciones, y se exageran cuando pretende ejecutarlos voluntarios.

Diagnóstico.—Corea (Sífilis hereditaria).

Pronóstico.—Favorable.

Tratamiento.—Jarabe Gibert. Bromuro de potasio (1.50 gramos diario). Corrientes descendentes en columna.

Los síntomas de la *histeria* se muestran en los niños bajo formas tan variadas como en los adultos, sin presentar nada que los caracterice de una manera especial; sin embargo, en el mayor número de los casos, la intensidad y duración de los ataques es menor (RIEGEL).

CHARCOT considera como manifestación frecuente de la histeria infantil las perturbaciones psíquicas asociadas á accesos de violencia, que se muestran periódicamente ó á causa de fuertes impresiones morales.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Faltan los estigmas, y las actitudes pasionales son menos marcadas que en la edad adulta.

OBSERVACIÓN 30.^a

Concepción P. M., de 11 años. *Padre*: alcohólico; sufría de ataques convulsivos con pérdida del conocimiento; murió. *Madre*: dolores óseos nocturnos; accesos convulsivos; tiene cicatrices estrelladas en la parte superior de la pierna izquierda; lóbulo derecho del cuerpo tiroídes más desarrollado que el izquierdo. *Hermanos*: 4; uno presenta hipertrofia ganglionar del cuello, manchas lechosas en los incisivos medios superiores, y bóveda palatina muy excavada; otro tiene *diente de Hutchinson*, *pequeños, implantados viciosamente*, paladar muy cóncavo y dolores óseos nocturnos. **OMEDICINA.CL**

Antecedentes personales.— Varias veces ha tenido sarampión y disentería; influenza. A la edad de 7 años tuvo un ataque con contracturas tónicas que duró 12 horas, después quedó con movimientos desordenados; el ataque le ha solido dar hasta 10 veces por día, se manifestaban primero por inclinación al lado izquierdo, la pierna del mismo lado se flexiona sobre el muslo y éste sobre la pelvis; había incontinencia de orina durante el acceso. Ahora los ataques se anuncian por insomnios, diarreas, fastidios, ruidos de oídos, cefaleas y dolor de cara, carácter irascible; al principiar los ataques hay alucinación de la vista, da gritos por lo que ve, cae en masa, tuerce los brazos hacia adentro y atrás, se queja, abre los ojos inyectados desmesuradamente; termina con pérdida involuntaria de orina, sialorrea abundante i sueño invencible. Cuando se distancian se hacen más intensos. Desde hace un año la niña olvida lo que ha aprendido, sus facultades se debilitan, el carácter ha cambiado. Dentición y marcha tardía. Ha tenido dolores de oídos; hay tenesmo vesical; constipación. **MUSEOMEDICINA.CL**

Exámen objetivo.— Engrosamiento de las crestas tibiales; manchas color cobrizo en la parte súpero-anterior de la pierna izquierda; bóveda palatina *excavada profundamente*; incisivos medios superiores muy anchos en el borde libre, incisivos laterales pequeños, caninos amorfos, y en los molares inferiores erosiones *cupuliformes*. *Ganglios infartados* en general. Palabra silabeada; hebetud. Marcha vacilante, con el tronco y cabeza inclinados hacia adelante.

Diagnóstico.— Histeria. (Lues hereditaria).

Tratamiento.— Específico interno. 1894.

Uno de los fenómenos precursores de los ataques epilépticos son los *tics*, de los cuales presentamos un caso en que se ha manifestado en la cara.

OBSERVACIÓN 31.^a

Luis A. A. M., de 10 años. *Madre*: muy nerviosa. *Hermanos*: 3; uno ha tenido hemiplegia pasajera.

Antecedentes personales.—Alfombrilla; viruela; perturbaciones intestinales; ataques convulsivos; coriza crónica; carácter triste; memoria mala; dentición tardía. Desde 1893 principió á notársele lo siguiente: cierra rápidamente los ojos, los abre en seguida; después mueve el lado derecho de la nariz y la mitad del labio superior del mismo lado. Estos movimientos son á veces en número de 20 por minuto. Hay alternativas de los movimientos en ambos lados de la cara. Mancha café redondeada en la parte ántero-superior de la pierna izquierda. Pápulas escamosas en la región mentoniana. Los molares menores inferiores no le han salido. Erosiones en los *incisivos medios superiores*. Eminencia ósea en la parte izquierda de la región occipital. Sensibilidad conservada. Reflejos normales.

Diagnóstico.—Tic convulsivo de la cara. (Lues hereditaria).

Tratamiento.—Corrientes descendentes á la columna (5 m. a. de 5 minutos, día por medio).

R/. Antiespasmina.....	0.50 centgrs.
Coñac.....	{ á á
Jarabe cortezas de naranjas.	{ 30 gramos
M. Una cucharadita tres veces al día.	

Jarabe Gibert, 2 cucharaditas al día.

Vino por primera vez en mayo de 1894; en octubre del mismo año los movimientos se habían limitado sólo en el lado izquierdo.

