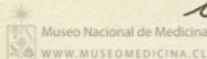


449

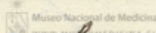
*"Algunas consideraciones sobre las perturbaciones urinarias de la ataxia locomotriz progresiva."*



*Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina, por Daniel E. Feliú*

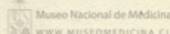
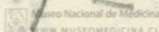


Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

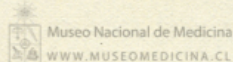
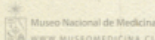


*Santiago de Chile - 1895.*

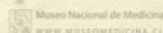
12 Dic. 95



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Algunas consideraciones sobre las perturbaciones urinarias  
de la ataxia locomotriz progresiva.



Entre las enfermedades del sistema medular hai una que por su relativa frecuencia, por la gravedad de su pronóstico i por su complicada e interesante sintomatología merece fijar especialmente la atención del médico: me refiero a la enfermedad estudiada en Alemania bajo la denominación de *tabes dorsalis*, atrofia de la médula, parálisis espinal, (Romberg, Pokitsansky, Winterlich, etc) i llamada por el eminente observador Duchenne "ataxia locomotriz progresiva".

Reconociéndose el valor de los trabajos emprendidos sobre esta cuestión por las escuelas de Viena i Berlin, se admite sin embargo hoy que ha sido Duchenne el trabajador mas notable en este terreno i el que mas vigoroso impulso ha comunicado al estudio de la *tabes*. A él principalmente se debe el que esta enfermedad sea una de las mas conocidas i características no solamente de las enfermedades nerviosas sino aun de la nosología jeneral. Como lo hace notar Bienlafoy, se ve desde la primera fase de la memoria de Duchenne (Archives gen. de méd. 1858-1859) que el gran clínico francés habia comprendido perfectamente los rasgos salientes i específicos de la enfermedad que hoy lleva su nombre. Esta fase es algo mas que una semblanza: es una fotografía de la ataxia. "Abolición progresiva de la coordinación de los movimientos i parálisis aparente en contraste con la integridad de la fuerza muscular, tales son los caracteres fundamentales de la enfermedad que me propongo describir. Sus síntomas i su marcha hacen de ella una especie morbida distinta. Me propongo llamarla ataxia locomotriz progresiva."





A pesar de todo el cuadro de la ataxia no es absolutamente fijo, porque ni sus síntomas se presentan siempre completos, ni su época de aparición es invariable. Así sucede por frecuencia que en las formas irregulares síntomas que, a primera vista, no hacen pensar en esta afección son, no obstante, sus precursores, sus heraldos i solamente después de transcurridos algunos meses i a veces años se impone al espíritu el diagnóstico de la enfermedad. Estas irregularidades se pujan a lamentables confusiones o errores de consideración. Acóntese, efectivamente, que mucho tiempo, aun años, antes de las manifestaciones francas de la esclerosis posterior sobreviene en un individuo una ambliopía progresiva, en otros una parálisis ocular; éste tiene una sordera con o sin vértigos, aquél perturbaciones laríngeas, espasmos de la glotis con o sin caída. Se comprende cuán espuesto puede hallarse el médico a un diagnóstico erróneo, si, como debe, no hace una investigación completa, en enfermos que padecan de crisis de gastralgia con vómitos, que pueden imponer por una úlcera del estómago o en pacientes que tienen accesos dolorosos de la vejiga, de la uretra o del recto o que experimentan dolores en la región lumbar, con retracción del testículo, que podrían tomarse por cólicos nefríticos.

Desde las perturbaciones vesicales (disuria, incontinencia, retención), genitales (impotencia, espermatórea, satiriasis, crisis clitorideanas), secretorias (diarrea, sialorrea, sudores, polinuria), tróficas (mal perforante, estado icterico de la piel, caída de las uñas i de los dientes), hasta las perturbaciones articulares indoloras pre-ataxicas pueden anticiparse, preceder a los síntomas clásicos de dolores fulgurantes, incoordinación motriz, etc i hacer pensar en





afecciones locales o que nada tienen que ver con la tábex.

Sin embargo de los errores a que esponen al médico inatento, las perturbaciones funcionales de los distintos aparatos orgánicos se hallan respecto a la enfermedad de Huchenne en una relación tan bien establecida hoy, que "su mera constatación permite en muchos casos formular un diagnóstico preciso." (Man. de Méd. de Webove et Achard. Art. Tábex).

Por su frecuencia i su habitual precocidad las perturbaciones urinarias i jenitales merecen una atención preferente entre los accidentes tabéticos viscerales. (Con este somero i modesto trabajo tenemos, pues, en vista principalmente las perturbaciones urinarias de la tábex dorsalis, pero creemos no dejará de tener interés i utilidad el hacer antes algunas consideraciones sobre lo que debe entenderse por "falsos urinarios en jeneral i por psicopatas urinarios". De esta manera deslindaremos mejor nuestro asunto.)

El profesor Guyon ha dado el nombre muy expresivo de "faux urinaires" (falsos urinarios) a toda una categoría de enfermos que se quejan de perturbaciones variadas de la micción, no justificadas por el estado local de la uretra i de la vejiga.

La causa de estas perturbaciones está constituida o por lesiones del sistema nervioso central o por funcionamiento anormal del mismo. Los falsos urinarios no tienen mas carácter común que éste i por lo demas difieren considerablemente entre sí, mereciendo ser clasificados, como lo hace Jules Janet,



(Les troubles psychopathiques de la miction. Paris, 1890) en tres grandes grupos distintos:

- 1º Neuropatas urinarios que tienen lesiones nerviosas;
- 2º Neuropatas urinarios histéricos i epilépticos;
- 3º Psicopatas urinarios. —

El primer grupo comprende a todos los enfermos que a consecuencia de lesiones cerebrales i vestibulares presentan perturbaciones variadas de la micción, como ser los atáxicos, los mieliticos, los paralíticos jenerales.

Este grupo ha sido estudiado principalmente por Jeppier en su tesis de Paris, hecha bajo la inspiración de M. Guyon.

El segundo grupo es menos conocido, sobre todo por lo que toca a la patogenia de los accidentes, que permanece oscura todavía, como la de todos los histerismos viscerales.

El tercer grupo, sumamente interesante, ha sido estudiado por Uitzmann i especialmente por el Dr. Jules Janet (loc. cit.). Comprende enfermos bien diferentes de los de las clases anteriores i que de una manera jeneral, dice el último de los autores citados, deben ser esbozados entre los hipocóndriacos i agrega: "Son ellos, en efecto, quienes causan "de toutes pièces" sus accidentes miccionales por una concentración voluntaria i perpetua de su atención sobre la vejiga i la uretra. Nos proponemos llamar las perturbaciones que presentan: perturbaciones psicopáticas de la micción", para especificar bien la enorme influencia de la parte moral en el jénesis de los accidentes. — El



nombre de psicópatas los distingue útilmente de los neuropatas propiamente tales, que constituyen las otras dos clases."

Todos los psicópatas urinarios, por variables que sean sus síntomas, forman parte de un mismo grupo natural, porque según Janet, la evolución normal de su afección los hace pasar por una triada sintomática casi constante: 1° Incontinencia nocturna; 2° Polakiuria psicopática; 3° Hipocondría urinaria. Estos tres géneros de afecciones, no son, pues, según opinión del citado autor, sino los tres estados de una misma entidad patológica, que llama: Psicopatía urinaria.

Es fácil comprender la enorme influencia de las preocupaciones urinarias sobre la micción cuando se recuerdan las experiencias de Mosso i de Pellacani emprendidas en perros i también en una mujer i de las cuales resulta que "una sensación táctil, un ruido inusual, una sensación dolorosa, un trabajo intelectual, una emoción cualquiera, dan lugar a una contracción de la vejiga". Existe, pues, una correlación íntima entre el cerebro i la vejiga i esta correlación explica nuestros hábitos urinarios. "Toda idea, consciente o inconsciente, referente a la micción determina inmediatamente una contracción vesical. Esta contracción nos procura en seguida la sensación del "deseo de orinar" i satisface como este deseo sin sospechar que acabamos de darle nacimiento. Las mas de las veces en semejante caso no es muy persistente el deseo i la menor distrac-



cion basta para hacerlo desaparecer. Pero, es nuestro espó-  
ritu se fija obstinadamente en la idea de micción, el deseo  
de orinar se hace mas i mas imperioso i nos obliga a  
satisfacerlo." (Janet. loc. cit.)

De la misma manera obran ciertas asocia-  
ciones de ideas. Así el sonido "pes, pes," repetido cierto  
numero de veces basta para despertar en los niños i aun  
en adultos un deseo imperioso de orinar i no es raro en-  
contrar individuos que experimentan iguales deseos ape-  
nas oyen o ven correr el agua. Los hai que sienten la  
necesidad cuando bajan a sacar vino a la bodega.

Pero observa Janet que aqui el caso es mas comple-  
jo, porque se agrega la accion del frio sobre la piel,  
que, como es sabido, ejerce una gran influencia so-  
bre las contracciones vesicales. Varias personas me  
han dicho sentir deseos de micción cada vez que  
ven abrir una llave de agua potable o de un barril  
de licor i por mi parte he creido varias veces experi-  
mentar esta sensacion en circunstancias análogas.  
Me ha parecido que la "idea de frio" era muy efi-  
caz en este sentido.

Pasando a las perturbaciones mórti-  
das, encontramos algo así como un primer estigma  
de la psicopatía en los individuos que tienen ne-  
cesidad de una distraccion momentánea i de una  
despreocupacion pasajera de la micción para po-  
der efectuarla. "Es muy frecuente," dice Janet i to-  
dos hemos hecho la misma observacion, encontrar  
individuos que experimentan una necesidad impe-  
riosa de leer algo cuando van al lugar. Son qual-



quina posa: algunas líneas del papel impreso de que se han provisto, aun quando las desgarraduras su priman todo interés, la direccion de un sobre viejo, los fragmentos de prosa o poesia que a menudo adornan los water-closets. Esta lectura no se la imponen como una necesidad, pero les es agradable. Se sienten impulsados a hacerla sin darse cuenta de la utilidad que puede tener para facilitar la oriecion o la defecacion. "En un grado ya mas avanzado hai imposibilidad absoluta para verificar la miccion desde que se piensa en ella. Janet cita el caso de un hombre de cierta edad, no prostatico, que para poder orinar debia hacer una especie de vacío cerebral i no pensar en nada, por decirlo asi, durante todo el tiempo de la miccion. Le bastaba pensar en lo que hacia o mirarse orinar para que inmediatamente cesara el acto.

Un paso mas i encontramos la curiosa perturbacion a que sir James Paget da el nombre de "tartamudez urinaria" i que en su forma mas sencilla consiste en la imposibilidad en que se hallan los individuos que la padecen de poder orinar quando se les mira. Un enfermo de Guyon no podia orinar si se sospechaba que alguien pudiera no ya observarlos sino siquiera verle orinar. Estos individuos, dice Paget, orinan normalmente en los momentos i sitios de soltumbre, pero quando se encuentran con estranos o en lugares asociados en su espíritu a la tartamudez no pueden orinar i se hallan espuestos a la retencion." Como ejemplos de tartamudez urinaria citaremos dos casos





mas de Paget. " Un eclesiástico se sonaba siempre antes de subir al púlpito, porque una vez una horrible necesidad de orinar le había impedido concluir su sermón. Estaba seguro de que, sin la provisión de tener vacía la vejiga, se sentía apremiado por la necesidad de orinar i tendría entonces una retención.

" Otro enfermo debe recurrir a toda especie de expedientes para obtener la asociación de ideas o de acciones con que mas fácilmente logra vaciar su vejiga. Es preciso que suba a su pieza, que baje despues, que se incline o que se sienta en ciertas posiciones singulares habituales, que tenga cuidado de no dirigir su espíritu, ni mucho, ni muy poco, sobre lo que va a hacer, que en seguida deje correr la orina, pensando en ello lo menos posible." Apesar de que de aquí a la retención completa no hai mucha distancia, Janet dice que es extremadamente raro observar una retención absoluta que pueda atribuirse únicamente a la tartamudez urinaria. La retención completa de orina puramente psíquica, es muchísimo mas para que la impotencia de causa psíquica, con la que el autor tantas veces citado la compara; sin embargo de ser posible que un tartamudo urinario que solo tiene retención momentánea la lleque a tener persistente el dia en que él mismo se perturba mirándose orinar i haga el papel de extraño que asiste a su micción.

Como regla jeneral la retención completa de orina psíquica tiene necesidad para constituirse de una pausa pasional o de algun accidente





que debilita todavía mas la contractilidad vesical.  
Sei obran los traumatismos i la retencion voluntaria.

Guyon cita el caso de una muchacha que por singularizarse habia refusedo a dos el número de sus misiones  
quotidianas i que al cabo de cierto tiempo llegó a la  
retencion completa i fue necesario contarla. Por lo que  
hace a la influencia de los traumatismos, Guyon, Bar-  
bierre, Vincent i Boursier han citado casos de individuos que  
han tenido retencion de prima consecutivamente a ope-  
raciones quirúrgicas.

No nos parece completamente del caso  
insistir en todas las demás perturbaciones de origen  
psíquico que pueden presentar los falsos urinarios.

Esto nos llevaria demasiado lejos i así solo haremos men-  
cion de las mas importantes. El "espaemo uretral", que  
es un obstáculo intermitente i pasajero, siempre mas con-  
siderable en el momento en que mayor es el deseo de o-  
rinar i que tiene por sitio las fibras musculares que po-

dean la porcion membranosa. (Guyon). La "polakiu-  
ria psicopática", febrez o bardiá, que generalmente se  
sapaace durante el sueño i que se caracteriza por la

posibilidad de inyectar 2 jeringas de 150 gms. cada  
una sin provocar deseos de orinar en un individuo  
que prima algunas gotas para media hora. Esto los

diferencia absolutamente de los psicicos, que no pre-  
sentan una capacidad vesical normal sino igual  
a la capacidad en el momento de la mision. Tam-  
bien mencionaremos las "neuralgias vesico-uretra-  
les". Generalmente estos enfermos experimentan el ma-

ximum del dolor al nivel de la region perineal. Este



punto corresponde a la rejion membranosa de la uretra i es fácil penetrarlo directamente por la exploracion del canal, sea practicántola, con el explorador de bola o comprimiendo contra el feubis la porcion membranosa por medio del dedo introducido en el recto (Guyon). Esta hiperestesia de la rejion membranosa, acompañada de un estado de espasmo mas o menos completo de los músculos que la rodean es un sintoma jeneral a todos los psicopatas urinarios. Estos fenómenos dolorosos pueden extenderse a la vejiga bajo la forma de un dolor pubiano o ligeramente supra-pubiano (Janet). Mas que de hiperestesia se trata probablemente de sensibilidad uretral. La "incontinencia nocturna", que se ha comparado con la polucion nocturna i que se acompaña con sueños de miccion. Esta incontinencia puede, segun M. Guyon, ser producida por atonia del esfínter uretral.

Cualesquiera que hayan sido los síntomas presentados por el psicopata, siempre con eluye éste por llegar al estado de "hipocresia urinaria". Se trata en estos casos de individuos pusilánimes, predispuestos hereditariamente a la nosofobia i en los que las mas ligeras perturbaciones del aparato genital-urinario son amplificadas como por una lente por el temor i la exagerada timidez. En este sentido es interesante constatar la influencia del "sentimiento de jénitalidad", tan desarrollado en la especie humana (Guyon) i que hace temer, a estos sujetos sobre todo, las consecuencias que, desde el punto de vista de las relaciones sexuales, pueden acarrear los mas insignificantes trastornos del aparato urinario. A esto propiamente, Janet



observa muy atinadamente que si el hombre se preocupa tanto de su aparato urinario es porque sabe que este aparato sirve al mismo tiempo para la generación i porque, aparte del corazón, son nuestros órganos de goce materiales, como el estómago i el aparato genital, los que mas fácilmente producen la hipochondría por sus lesiones. Las mujeres, dice, cuyo aparato urinario no presenta ninguna relación con el aparato genital i que conciben perfectamente la posibilidad del coito por lesionadas que se hallen su vejiga i su uretra, jamás llegan a afectarse de hipochondría urinaria i si esto les sucede será gracias a sufrimientos atroces por enfermedades con lesiones de la vejiga, que conducirían a la hipochondría al cerebro mejor equilibrado.

Cuando el psicópata urinario llega a la pubertad llega también a una fase crítica de su vida, que considera con una gran aprehensión. Su timidez natural, el temor de obrar mal, el temor de contraer una afección venérea, lo alejarán por largo tiempo, a veces para siempre, del comercio con mujeres (Guyon). Los psicópatas urinosos aguardan generalmente hasta la edad de 22 o 23 años para comenzar sus relaciones sexuales, pero algunos esperan que lleve el matrimonio para entregarse al coito, que fué lo que hicieron dos enfermos de las observaciones de Janet, que conservaron precisamente la virginidad para sus esposas legítimas, uno hasta 24 años i el otro hasta los 41. Otro enfermo hizo mas: no se casó i permanecía virgen a la edad de 40 años, época



en que tomó su observación Janet. Esta exajerada continencia es a menudo el punto de partida de los accidentes psicopáticos (Guyon). Hasta ese momento i aun a veces por mucho tiempo despues se entregan a una masturbacion frenética, dice Janet, que cita en apoyo de esto cierto número de observaciones, entre otras la de un individuo que se masturbaba frotándose contra su ropa i esto hasta tal punto, que, llegado a la edad de 20 años, repetía dicha maniobra inconscientemente durante el sueño, presentando el fenómeno de la "masturbacion involuntaria nocturna", como en otro tiempo habia presentado una incontinencia también nocturna. En otra observacion habla de un sujeto que habia llegado a tal potencia imaginativa, que le bastaba entrar a un prinal i sacar su miembro cuando veía pasar una mujer para entrar en ereccion i eyacular sin necesidad de otro artificio. Pero en cambio, habla Janet de otros psicopatas mas escrupulosos que observan una continencia absoluta i que aun se reprochan como una falta sus eyacuaciones involuntarias i cita el caso de uno que apretaba sus muslos con todas sus fuerzas para retener sus poluciones nocturnas. Apega el citado autor que con mucha frecuencia se creen espermatorreicos, examinan su orina, su meato, su gárgama, sus deposiciones, i quedan convencidos de que pierden una considerable cantidad de esperma.

La masturbacion, la continencia exajerada i la pretendida espermatorrea van a ser en estos psicopatas la causa de toda especie de perturbacion.



siones: aumenta la polakiuria, se agrega el espasmo i finalmente se declaran el priapismo i las neuralgias uretro-vesicales que vienen a coronar la escena i que no tardan en sumerjir al enfermo en la mas profunda melancolía. (Janet). La blenorragia i la hipertrofia prostática ejercen una influencia de las mas perniciosas sobre el desarrollo de la hipocondría i cosa furiosa, parece, por lo que toca a la blenorragia, que los psicópatas se hallan muy predispuestos al contagio sexual, bien que se espongan pocas veces. Es fácil comprender la influencia que tendrán los síntomas bastantes reales de la blenorragia sobre individuos que tanto se inquietan por síntomas puramente imaginarios. Una vez curados de su blenorragia, el temor a las estrecheces, a la gota militar, a la espermatozoa, a la impotencia, mantienen su imaginación constantemente preocupada de su aparato urinario. Constatan con terror los mas insignificantes síntomas: la mas ligera adhesión de los labios del meato, el tinte rosado de su mucosa, la laxitud de las boveas, la humedad del escroto, las erecciones matinales, la gota límpida que las acompaña; para no hablar nada de la bifurcación del chorro de orina al comienzo de la micción o de las pequeñas carúnculas de la márgen del glande. A cada micción examinan su orina, se aterrorizan por la precipitación de los carbonatos i fosfatos (siempre abundante en estos enfermos), ven nadar en la orina mas clara cuerpos cuya importancia decuplica la imaginación, como corfilamentos, copos, espermia i aun animalitos. Se irritan si no se les ve como ellos. (Janet). La polakiuria



a que tan bien se habian habituado, llega a ser para ellos un sintoma de lo mas grave, precursor de la estrechez, que mas que nada temen (Guyon). El deseo de verificar los progresos de esta pretendida estrechez hace que vivan a cada momento. La delgadez del chorro, la dificultad cada vez mayor que experimentan para orinar, a medida que mas se observan, alimentan sus temores i los dolores neurálgicos que sienten no son lo mas adecuado para tranquilizarlos. (Janet)

No resisto al deseo de transcribir, para concluir con la psicopatía, la curiosa observacion de hipocondría urinaria apuntada por Geffier en su tesis de Paris i que es un cuadro vivísimo de la afeccion, con mas el mérito de haber sido pintado por el mismo enfermo. Por cierto que la traduccion mejor hecha no podría imitar el estilo cortado, caprichoso, voluble, nervioso, hipocondríaco, de esta exposicion llena de proposiciones incidentes, de parentesis, de observaciones minuciosas i prolijas, en que se transparenta la doble intencion por parte del enfermo de no olvidar ningun sintoma i de que se le tome muy a lo serio. Válgame el buen deseo!

— "Observacion de un enfermo hipocondríaco espermatorreico con perturbaciones de la miccion; escrita por el mismo en todos sus detalles." —  
(XCV. de la tesis de Geffier. Paris, 1884.)



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Mi madre es muy nerviosa.

Siendo niño de pecho, dolores de cabeza varias veces.



De 4 a 6 años, apariencia de fuerza i de salud.

De 7 a 15 años, diarreas frecuentes (lombrices, decian - espulsaba muchas por abajo, a veces por arriba).

De 16 a 18 años, melancolia dulce, amor esclusivo al estudio. Largas veladas a mas del trabajo cotidiano. Este amor al estudio ha persistido siempre i me absorbe aun.

19 años, melancolia triste; rarezas, mal moral, masturbacion cuatro o cinco veces a lo sumo en el espacio de tres años i medio. Constipacion.

20 a 21 años, vida dificil, mal réjimen, constipacion rebelde, dolores de cabeza, malestar jeneral, fastidio, comienzo de una relajacion de vejiga (sin embargo, esta debilidad de la vejiga se habia ya hecho sentir algo anteriormente); pasa i vuelve i vice versa. Dolores de cabeza, pérdida de la memoria, torpeza, idea de suicidio, conservación del apetito. Aquí un incidente, s. v. p. Una noche en la cama con una mujer, simpatía sentimental mutua, pero por mi parte, virjinitas, desconfianza, orgullo (singular), lucha del espíritu contra la carne. No quiero hacer nada, no hago nada. Otra vez igual repetición.

La carne habla, el espíritu rehúsa i vence. Al volver a mi pasa pierdo el conocimiento. Mi malestar aumenta, mi relajacion de la vejiga vuelve de lo lindo. Atribuyo esta recaída a este incidente i a los esfuerzos necesarios por la constipacion. El deseo de orinar se apodera de mi cada diez o quince minutos, seguidos de dolores vagos (irritacion producida por la frecuencia, sin tatar).

Todavía no hai febricitas, síntomas (a lo menos morales) segun mí de la hipochondría.

De 22 a 24 años i medio combato la constipacion.



Nada obra, no obtengo resultado relativo sino al cabo de un año i mas.

Durante este intervalo la frecuencia de orinar ha cesado a veces completamente pero por poco tiempo.

Por largo tiempo dolores de estómago intolerables, se desapareciendo poco a poco. Abdomen siempre muy doloroso (non plus grand mal). Digestion muy penosa, gran debilidad, febricitas naturales bastante frecuentes, sequitas siempre de febricitas inconscientes. Masturbacion (33 años i medio), las mas veces a largos intervalos, sequita siempre de disqueto (veinte a treinta veces a lo sumo en curso de dos años). Reposicion quotidiana, pero cada vez incompleta i febril, da poco alivio, neuraljias violentas i repetidas (temperaturas frias, erayo), malestar jeneral, ideas de suicidio; veo al métrico, lo atribuye todo a los nervios, ordena bromuro. Abdomen aliviado por un momento, en seguida vuelta del mal; continuo, el buon efecto se mantiene, pero muy debilmente (grandes dolores de cabeza). Veo a otro métrico: Neurosis, dice, duchas, ciertas pilulas, agua de Janos como laxante. Un poco mejor todavia, me parece, pero sigo orinando con frecuencia; vuelvo a verlo especialmente para esto, parece no comprender nada, me aprueba que vea a un especialista. Tengo a Vecker, conociendo de reputacion a M. Guyon.

Tomar en cuenta, es lo puego, el "modo de ser" del individuo. Hai mucho del estravagante Juan Jacobo de las Confesiones en este sujeto.

He tenido reumas (dos o tres), un poco de irritacion al pecho. Necesaria ser auscultado, si os parece bien.



Estado actual, Hecker, 1881.

Cabeza: pesadez, dolores vagos, aturdimientos, descombramientos, ruidos en el oido, pérdida de la memoria, espíritu fatigado, sobre todo por la noche.

Dolor en la espalda, lassitud jeneral, calor quemante en las manos, adormecimientos, dolores en las articulaciones, abdomen doloroso, empañamiento, constipacion, boca mala, digestión penosa, sueño pesado i agitado, deseos frecuentes de orinar: de noche, cinco seis siete veces sin dolor, si no aguanto; dolores vagos despues, si aguanto, debilidad jeneral (enruiancie).

---

Pasamos ahora a verparnos de las irregularidades mas comunes que pueden presentarse como síntomas urinarios de la ataxia locomotriz.

Pierre Marie considera perturbaciones de secrecion i de excrecion. Como perturbaciones secretorias, (que pueden ser cuantitativas o cualitativas) señala la "glucosuria", que podria explicarse por lesiones tabéticas del piso del cuarto ventriculo. Hai otras perturbaciones, sin duda alguna dependientes del estado o de la tendencia a la consuncion que suele observarse en esta clase de enfermos, i que consisten en una "disminucion de la jirpa de la urea", "descenso de la cantidad de ácido fosforico total", con aumento proporcional del ácido unido a bases terrosas i por último en variaciones, a veces notables de la cantidad de Cl. eliminado, con tenden-





cia a la "hipercloruria". (Robin i Azeais).

Albert Robin ha notado en ciertos tabéticos que la cantidad de Ph. incompletamente oxidado en el orinacion por la prima era mas considerable por la mañana al despertar que por la noche al acostarse; diferencia que dependería de la excitacion nerviosa que durante el dia producen los dolores fulgurantes i de la sedacion que trae consigo el sueño de la noche.

Como perturbaciones cuantitativas, se puede señalar la "hiperexcrecion urinaria", que puede llegar a varios litros diarios i que en ciertos enfermos aparece bajo una forma paroxística.

M. Feré ha propuesto el nombre de "paises d'urine" para los casos de este orden. Es este un ejemplo, dice P. Marie de los flujos (gastrorea, dialorea, diarrea persistente, etc) que se hallan lejos de ser raros en la tabes.

Las perturbaciones de la excrecion urinaria son estremadamente frecuentes i a menudo precoces, lo que unido a una individualidad sintomática bien marcada las coloca entre los mejores signos de la tabes incipiente. (Pierre Marie. Malad. de la moelle.)

Se comprende fácilmente que cuando estas perturbaciones se presentan como sintomas tempranos de la enfermedad de Duchenne vayan estos enfermos a consultar a un cirujano, a un especialista de las vias urinarias. Sucede entonces que esto hace un examen detenido i piquero del apa-



rato sin encontrar una causa local que explique los síntomas acusados. En vista del resultado negativo de la exploración le asalta la sospecha de que se trata de una enfermedad nerviosa i nuestro hábitier va a parar a donde debe ir a parar: donde un especialista para esas enfermedades, que es el que puede aliviarlo. Pero sucede más veces que esto "faux eninaires" de M. Guyon son considerados por médicos inexpertos como verdaderos primarios i acontece entonces que el pobre hábitier, cuya afección real es ignorada, se encuentra sometido a tratamientos inconvenientes o a manipulaciones intempestivas. En dos de las observaciones adjuntas sobre todo podrá verse cómo dos de estos enfermos han sido considerados al principio como primarios, comprobándose después claramente la verdadera naturaleza de la enfermedad. Las perturbaciones que pueden observarse en la excreción de la orina son las que brevemente pasamos a señalar. La más frecuente de estas perturbaciones es cierto estado de "pereza vesical", que se manifiesta por lentitud en producirse la emisión; necesidad de un esfuerzo para orinar (sobre todo al despertar); interrupción del chorro i continuación de la emisión bajo un nuevo esfuerzo. La emisión se encuentra fraccionada, interrumpida, se hace en varios actos ("Poumier") i "los entreactos", agrega Maive, en a veces bastante largos para cansar a los espectadores, si los hai. Así es como M. Tournier refiere la historia de varios de sus clientes que no



se atrevían ya a peupar los orinales públicos, veían para ellos de innumerables quevedos por las personas que aguardaban, deseosas de entrar a su vez, e irritadas de esperar al primer repante que nunca concluía. Este estado de diarrea obliga al enfermo a titubarse el prepucio solamente de esta manera consigue una contracción momentánea de la vejiga por acción refleja; pero como esta contracción no dura lo suficiente para expulsar toda la orina contenida se ve obligado a repetir la misma manobra cierto número de veces. Esta parésia vesical puede ser un síntoma precoz. M. Feré que ha hecho un estudio especial de las perturbaciones urinarias en las enfermedades del sistema nervioso la ha visto preceder por más de 8 años a los dolores fulgurantes. Esta disuria puede llegar a la retención completa. Sin embargo este último síntoma es raro en el período pre-atáxico.

Otra perturbación muy frecuente también es la "incontinencia de orina" que se presenta bajo una forma especial llamada por Feré "micción involuntaria consciente". En estos casos sucede que cuando la vejiga llega a cierto grado de distensión por la orina acumulada sobreviene la necesidad de orinar aparece instantáneamente la micción sin que pueda impedirlo la voluntad. Esta forma de micción involuntaria consciente, que se observa también en la parálisis general, puede



ser solamente nocturna. En algunos casos solo sobreviene bajo la influencia de la tos, de esfuerzos musculares o de una emoción. Es una incontinencia de unas pocas gotas.

Además de las perturbaciones ya señaladas pueden observarse, aun cuando menos frecuentemente, síntomas de "anestesia vesical" o de pérdida de la necesidad de orinar i entonces el táctico no orina, dice Fournier, sino "por razón". Suele presentarse también la "anestesia uretral" que cuando va acompañada de incontinencia relativa, hace que el enfermo no se ha orinado tan solo por la sensación de humedad en su ropa. También se observa la "polakiuria". Esta palabra, creada como se sabe por Mr. Dieulafoy para denotar la frecuente necesidad de orinar, debe usarse en vez de la antigua de poliuria que se presta a confusión, por designar principalmente el aumento en la cantidad de orina. El "ténemo vesical" i la "sensación de ardor i de cuerpo extraño en la uretra" son todavía síntomas que justifican con el nombre de "falsos urinarios" dado por M. Guyon a estos enfermos. La "retención completa" es rara i sobre todo transitoria. No obstante, Pene Marie la ha visto necesitar el cateterismo diario. Igualmente rara i transitoria es la "incontinencia absoluta" que suele presentarse en los últimos tiempos de la afección tuberculosa.



Respecto a los síntomas dolorosos por parte de los órganos perineales observa Marie que los dolores pueden manifestarse con el carácter de fulgurantes o por el contrario pueden ser permanentes (sensación de cuerpo extraño). Estos últimos pueden localizarse en la vejiga, en el cuello o en la uretra, pudiendo haber, según M. Fournier, vesículas gólicas vesicales "comparables con las gólicas gástricas". Hei por último casos de "crisis nefríticas", nombre que se ha dado a los accesos dolorosos de fisonomía: localización análoga a los gólicas nefríticos i que pueden prestarse a pruebas de diagnóstico.

Como se ve son de importancia las perturbaciones urinarias de la tabes, por las molestias a veces grandes, que acarrean a los enfermos, por los errores a que pueden inducir al médico i por el valor diagnóstico que tienen para el observador atento. En cuanto a su mecanismo de producción, es fácil imaginarlo. En efecto, siendo condiciones indispensables de una emisión normal de orina: a) la permeabilidad de las vías de excreción i b) una energía de contracción suficiente de las paredes musculares de la vejiga, se comprende con facilidad que en la tabes la contracción vesical insuficiente por atonía o aun por parálisis del aparato motor, el espasmo del esfínter vesical etc, den explicación racional de los síntomas de paresia, de incontinencia, de retención.

Previas estas ~~observaciones~~ breves consideraciones, pasaremos a relatar algunas observaciones de



tábiticos hechas en la Clínica de enfermeras nerviosas del Dr. Oregón Lues, en que se encuentran perturbaciones urinarias i que creemos pueden tener algun interés. Como es fácil comprenderlo, no todas son igualmente interesantes, pero hai sobre todo 2 que son bastante instructivas como ejemplos típicos de falsos urinarios. Lamentamos no haber dispuesto de mas tiempo para aprovechar debidamente el rico material de esa Clínica i sentimos por lo tanto la injeniería que harto necesita nuestro modesto trabajo.

### Observacion 1.<sup>a</sup>

(Tabes cefálica).

Jorge Muñoz, de 48 años, empleado de ferrocarril (cambiador), casado, natural de Lampa, se presentó a la Clínica el 9 de agosto de 1893.

Ant. hered.: nulos.

Ant. person.: Hábitos fuertemente alcohólicos i tabáquicos. Hace 15 años tuvo un chancro que le duró 3 meses. Hace 14 años que sintió dolores fugaces, pero lancinantes, agudos, en los miembros. No ha notado perturbaciones en la marcha ni en la oscuridad. Ha tenido ataques epileptiformes, de los cuales 2 han sido con pérdida de la conciencia i han principiado con movimientos de cabeza. El 1.<sup>o</sup> ataque fuerte fué el año 81 i el 2.<sup>o</sup> el 89.

Hace 1 año, 4 meses, tuvo diplopia. Desde hace 1 año ha sentido una disminucion considerable de la vista; principió a ver como a través de una neblina,





al mismo tiempo que se estrechaba notablemente el campo visual. Al presente hai una pérdida completa de la vision del ojo izquierdo. En el derecho hai una disminucion bastante grande: la fuerza visual está muy disminuida; el campo visual estrechado; principalmente en el hemisferio externo del ojo; la nocion de los colores bastante disminuida: los colores rojos los vé blancos i todos los objetos como a través de una niebla.

Como perturbaciones sensoriales hai frío en las extremidades inferiores desde la rodilla para abajo; anestesia en el muslo derecho i ruidos en la cabeza i en el oído desde hace 12 años.

Estado actual. Sensibilidades: normal la de la piel. En la vista perturbaciones que ya hemos mencionado (atrofia de la papila). En el oído ruidos intermitentes. Nada de particular respecto al gusto i al olfato.

Motilidad. - Reflejos. El signo de Wegell - Robert son no pudo constatare. El de Bromberg falta. El reflejo de Westphal ausente. No hai pérdida del sentido muscular ni perturbaciones atáxicas, pero si marcha vacilante debida a las perturbaciones visuales.

Vejiga i recto. Hace 4 meses que orina con dificultad; el chorro es discontinuo i despues de la miccion se escapan algunas gotas de orina. Hiareas que duran una semana i luego desaparecen.

Siente rigidez i dolor en la nuca.

Diagnóstico: Tuberculosis cefálica -

Pronóstico: Grave.



Tratamiento: 0.65 grs. de polvos de pornequelo al día tres veces por semana. Puntas de fuego en la región cervical. Electricidad.

### Observación 2<sup>a</sup>

Juan de Dios Vasquez, de 45 años, natural de Cauquenes. Los padres han muerto. no sabe el enfermo de qué.

Ant. person: Ha tenido el 49 un chancre con bastante supuración, seguido de bubones, uno en cada ingle; uno de los bubones supuró i fue operado. Después de curado el chancre le sobrevinieron dolores intensos en los miembros dolores que desaparecieron al fin de cierto tiempo. Ningun otro antecedente sobre sífilis fuera del infarto de los ganglios inguinales i sub-occipitales. (Infección mixta?)

La enfermedad actual empezó el año 1891. Lo primero que sintió fueron trastornos vesicales. En la emisión de la orina el chorro era muy delgado i se interrumpía frecuentemente. El enfermo no sentía cuánto empezaba la micción ni cuánto terminaba. (anestesia uretral). Sentía igualmente ardor en la vejiga (hiperestesia vesical). Poco después comenzó a sentir hormigueo i sensación de hielo en las piernas, dificultad para andar que fue aumentando hasta hacerse la marcha completamente atáxica. Tuvo también trastornos de la visión: diplopia i últimamente ambliopía.

Estado actual: El enfermo tiene incoordinación completa de los movimientos de los miembros inferiores (ataxia). El reflejo rotuliano está abolido en ambas piernas (signo de Westphal). No puede mantenerse en pie con los ojos cerrados (signo de Romberg). Las pupilas no reaccionan a la luz (signo de



Mygale-Robertson). Continúan los trastornos vesicales. Hai  
impotencia genital. Presenta desde hace un mes crisis la-  
rinjeas, que empiezan por una tos seca, dificultándose pa-  
sivamente la respiración hasta llegar a un estado casi  
de asfixia durante el cual se oye un fuerte ruido de "cor-  
naje" inspiratorio. Ha tenido dos veces el jetus laríngeo,  
que se manifiesta de la manera siguiente: empieza por  
una tos seca, sigue un hormigueo que comienza por los miem-  
bros inferiores i se propaga a todo el cuerpo; sobreviene un  
estado de disnea extrema, un solor constructivo en la gir-  
tura i el enfermo cae. Pasado el ataque dice ver los ob-  
jetos de un color verde (cloropsia).

El enfermo tiene persistia del sentido muscular. Al  
andar nota que las piernas se le soblan al nivel de la rodí-  
lla i de la articulacion del pié (flacidez de los ligamentos)  
No hai persistia del sentido articular.

Diagnóstico: *Tuberculosis dorsalis.*

Tratamiento: Suspensión i  
11 de Nov. del 93.

Obs. no 3.

(Atrofia tabética)

Ramon Diaz de 55 años, soltero, albañil.

Ant. hered: Padre alcohólico. Murió a los 60 años de una a-  
feccion febril que duró 3 dias. Sufria de cefalalgias, que se  
prolongaban por 2 o 3 dias i lo obligaban a guardar cama.  
No ha conocido a la madre. 9 hermanos - 3 vivos - 6 muertos.

Uno de éstos, que tenía 12 años, despues de un castigo pasó  
mes i mesio en estados melancólicos i murió. Una hermana murió  
de afeccion pulmonar. No recuerda de qué han muerto los demás.

Ant. person: Fuertemente alcohólico desde la edad de 20 años.



Viee que antes de esa época no había urea.

1860. - Gonorrea que se hizo crónica. 2 phaneros que fueron pocos días. No hubo bubon papearato. Poco después dolores generalizados a todo el esqueleto, mas fuertes en la noche, durante 10 meses. Alopecia.

1880. - Se acostó en el suelo en completo estado de embriaguez; al despertar sintió adormecimiento en toda la mitad derecha del cuerpo; dificultad para ejecutar movimientos con la pierna i brazo derechos. 8 días después vuelve a dormir en el suelo en estado de embriaguez; al despertar tenía el lado derecho paralizado, el párpado superior del ojo derecho caído. Pérdida de la sensibilidad, miembros paralizados i sensación de hielo.

Ha tenido dolores fulgurantes, lancinantes i urentes. No los "en cintura" constante, que aumenta con el secubito. Sensaciones de hormigueo i entorpecimiento, "de pie en tu cuero i carne", de tela de araña. Los dolores fueron muy intensos i duraron varios años. Retardo en la curación, que aumenta cuando el enfermo es obeso. Pico de algunas gotas después de terminar. Estallamiento de las piernas. Signos de Rosnberg i Westphal. Reflejo abdominal exagerado i se agota. Caída de los dientes sin dolor.

1892. - Aumento paulatino de volumen de la rodilla derecha. A los 4 meses la tumefacción era enorme: ocupaba la rodilla i el muslo derecho. Después ha disminuido un poco. Junto con la tumefacción aparecen los desordenes en la articulación.

En la actualidad la rodilla ofrece deformaciones características: los condilos del fémur están muy aumen-



tados de volumen principalmente el interno que hace gran prominencia; igualmente está aumentada la estremidad superior de la tibia i la parte del peroné. La articulación está completamente deformada. Movimientos muy estenos de lateralidad. Todo esto cuasi se ha desarrollado sin el menor dolor. Durante la marcha la pierna derecha forma un ángulo, cuyo vértice correspondiente a la rodilla está dirigido hacia afuera. Los movimientos se acompañan de crujió.

Pié izquierdo 1894. Tumefacción dura que cubrió hasta la pierna, duró 6 meses i desapareció.

En la actualidad los maleolos, sobre todo el interno que es saliente, están aumentados de volumen; el paleo neo muy movable está desgastado en su cara interna; aumento del borde interno del pie; aplanamiento de la bóveda plantar. Al ejecutar los movimientos del pie no se perciben crujió; acentuamiento del pie; ausencia de dolores.

Aguyll. Robertson. No igualdad pupilar. Miopía simple derecha. Disminución de la agudeza auditiva en ambos oídos. Ha tenido vértigos de Meniere pero no ha caído. Tos laríngea. Anestesia en la parte externa de las piernas.

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL  
1895

Obs. no 4.

Heliodoro Trancón, de 19 años, soltero, natural de Rengo, enfermo de la sala del Dr. San Cristóbal en el hospital de Sr. Vicente se presenta a la Clínica en octubre de 1893.

Ant. hered. Hijo único de padre alcohólico. Los de



más antecedentes desconocidos.

Ant. person: En su primera infancia otitis supuradora. Algombiella poco después. Tuvo suante varios años incontinencia nocturna de orina (entre 6 a 10 años). Excesos sexuales desde los 8 años. Blenorragias repetidas. A la 2ª siguió una epididimitis doble, quedando insuado el órgano del testículo izquierdo. Hece poco le hicieron una uretrotomía interna por estrechas estrecheces uretrales. Se difiere no hai diágnosis claras.

Estado actual: He un año a esta parte comienza a sentir nuevamente dificultad i dolor en las micciones; el chorro sale lentamente e interrumpido al terminar lo que el enfermo percibe sin notarlo. Algunas mañanas tiene pérdidas involuntarias de orina. Poluciones nocturnas repetidas en días seguidos para después desaparecer por algun tiempo. Siente continuamente dolor abentio de la vejiga, que se aumenta cuando anda. Orina frecuentemente sobre todo suante la noche. No hai cambios notables en la composición de la orina.

El Dr. San Cristóbal, en vista de estos antecedentes, hizo el examen detallado de las vías urinarias, sin encontrar en ellas causa que pudiera explicar las manifestaciones del paciente. No hai nada en la vejiga i el canal uretral se deja atravesar fácilmente hasta por el n.º 56 de la sonda. Nada de esto resultado, el Dr. San Cristóbal envió al enfermo a la Clínica de enfermedades nerviosas. Hecha esta relación, el Dr. Queiroz avanza el diagnóstico de tabes dorsalis i que se tra-



tra de un "falso primario" de Guyon. Continúan-  
dose entonces la investigación, el enfermo acena a  
mas de los síntomas mencionados, adormecimiento  
del brazo derecho i de la pierna del mismo lado; tor-  
miquos en las manos sobre todo en el dorso i en los  
últimos dedos (territorio del cubital); sensación de  
telaraña al redor de los labios, nariz i parte del  
sarcillo. La sensibilidad al calor no presenta altera-  
ciones notables.

*Dolores fulgurantes en las pantorrillas.*

Cuando marcha ha sentido algunas veces  
que la pierna derecha se le dobla. Nota también que  
cuando hai poca luz prece encontrar el suelo accei-  
tado, lo que le entorpece la marcha.

Ha tenido vértigos de corta duración, que  
se han repetido últimamente.

*El sentido muscular preservado.*

El reflejo rotuliano en ambos miembros está  
praxi abolido.

Las pupilas se presentan iguales pero reae-  
cionan a la luz con pereza. La reaccion a como-  
datriz es normal.

*Gusto i olfato: nada.*

Se nota disminución de la agudeza auditi-  
va, mas pronunciada en el lado derecho. Última-  
mente ha tenido zumbidos muy frecuentes.

Tratamiento: 20 centigr. de polvos de pornequelo, 3  
días seguidos en pasta remana, los demás, desecame.  
Puntas de fuego en la columna vertebral cada 8  
días. —



## Obs. no 5.

Juan Nera, de 50 años, gañan, natural de San Fernando.

Ant. hered: Nulos.

Ant. persona: Viruela en la niñez, teneosms rectal en la juventud. Hace 20 años tifoidea; 15 años despues un chancro. La enfermedad actual comenzó hace 3 años del modo siguiente: al principio, atormecimiento de los miembros inferiores, dolores lancinantes i fulgurantes, parestesia en las piernas principalmente en la rejion peronea. Los dolores se presentaban por crisis. Sensacion de agua, que corre "entre hueso i carne". Ans i medis despues, exajeracion de estos síntomas, pero los dolores han sido menos agudos. Piernas muy pesadas i débiles; muchas veces se le toman i cae. Se le pierden en la cama. Al andar siente el pie blanco i ondulado. En la oscuridad no puede marchar. Se cae. En el brazo dolor "en brazaleto". Parestesia i atormecimiento de los dedos, sobre todo del medio. En la cara dolores "en careta". Dolor "en cintura". Sensacion de quemadura en el epigastrio. A veces ha tenido diplopia i nota disminucion de la vista. Durante algun tiempo condera del pito izquierdo. Perturbaciones digestivas: desarrollo de gases i gastroalgias que aparecen i desaparecen sin motivo. Ha tenido los seca, proglutivida. Poliuria nocturna. Al orinar tiene necesidad de esfuerzos para que salga la orina. Ha tambien teneosms vesical. Ha experimentado vértigos.



Signos de Romberg, de Roestach, de Westphal, de Sigyll-Robertson, marcha tabética, uteró en las sensaciones, placas de anestesia, desigualdad pupilar, deformaciones articulares (en la mano). Hea. tam- bien una hipertrofia cardíaca y aterosclerosis generaliza- da. —

Fui tratado por la faradización, 20 centigr. de cor- rientes en polos dos veces al día durante 3 días de la semana. descanse en los 4 restaurantes. Puntos de fuego en la columna. — 1894 —

Obs. no 6.

Ildefonso Gajardo, de 60 años, sin antecedentes hereditarios muy marcados, Suo sífilis hace 35 años (chancro único. Sílores retrospectos). Siento pontuador de trenes venia un día del año 91 al la- do del fogón y se bajó en Montenegro a la cuera, pues había nevado en ese punto. De repente di- tió un ataque convulsivo, perdió parcialmente el uso de sus facultades y aunque no cayó al suelo no pudo andar porque sintió un entorpecimiento en todo el lado derecho del cuerpo. Esto último ha ido desapareciendo poco a poco. El enfermo nota que se hace notar todavía durante las perturbaciones atmosféricas y que al mismo tiempo sim- te un malestar general. Desde un año antes del ataque sentía perturbaciones en la vejiga, difi- cultad para orinar. (El año 66 había tenido un ataque nocturno en que perdió la razón).  
Estado actual: Manchas y picaduras en la pierna derecha, irregularidades en la cara interna de la pi-



bia. Sensación de calor en la planta de los pies y de  
hilo en las piernas y brazo derecho. Reflejo rotuliano  
ausente en la izquierda, exagerado en la derecha. Al an-  
dar arrastra el pie, describiendo un arco hacia afue-  
ra. En la pierna derecha disminuida la fuerza mus-  
cular. Anormecimiento en la mano derecha. Dina-  
mómetro: derecha 60, izquierda 85. Písis derecha.  
Disminución e irregularidad del campo visual.  
Amnesia. 1894.

Casus Srenalis

Obs. no 4.

Cipriano Núñez de 53 años, viudo.

Ant. hered.: Padre alcohólico maris. Madre muerta por  
una afección intestinal. Tiene 2 hermanos: uno de bue-  
na salud, el otro enfermo del pulmón.

Ant. person.: Alcohólico. Disga todo anticierento fué-  
tico. Tiene manchas cobrizas en las piernas. Her-  
gado de buena salud hasta los 30 años. Contrajo  
matrimonio a la edad de 25. Hijos: 1º Muerto a los  
2 años de afección febril; 2º, muerto de 22 años, car-  
dia; 3º vive de 27 años, buena salud.

1869. Fonía el enfermo 28 años; una noche sufrió un  
traumatismo en la región sacro-lumbar (caída). Des-  
pués del golpe pudo andar perfectamente. Al día si-  
guiente fuerte dolor en un punto situado un poco por  
debajo y por fuera de la espina iliaca anterior en-  
ferir, lo que le impidió andar. Fue asistido en un  
hospital y mes y medio después estaba completa-  
mente curado.

1871. 30 años de edad; gonorrea y venéreas en el glande



1880. Bruscamonte Robuione estrabismo interno del ojo derecho i ptosis del párpado superior. Hubo caída de la escliva por la comisura labial izquierda. Dos meses mas tarde desapareció la ptosis i quedó el estrabismo. Fue operado. Dificultad para respirar que aumentaba con el ejercicio; sentía como un peso al nivel de la horquilla del esternon. Despues sentía que bruscamente bajaba el peso i se detenía un peso por debajo del ombligo ocasionándole durante largo tiempo una sensación de constricción. Dificultad para la marcha, sentía las piernas pesadas, tropezaba con facilidad i encontraba el suelo muy blando. Adormecimiento de las piernas, que se le perdían en la cama.

1888. Dolores fulgurantes en los miembros inferiores. Dificultad en la micción e incontinencia relativa. Dificultad para la defecación. Estado actual: Existe en el enfermo una anemia muy marcada. Dentido muscular. Signo de Romberg muy manifiesto. Dificultad para ejecutar pequeños movimientos con las manos. Reflejos: Abdominal exagerado. Rotuliano abolido. Signo de Signell. Robertson. Pupilas desiguales - izquierda dilatada. Hai una atrofia incipiente de ambas papilas. Sensibilidad: Nulo punto en la espalda. Adormecimiento de todo el cuerpo. Hielo en las piernas. Hai parestesia del cuello i del tórax a ambos lados. Anestesia en la piel del cubital derecho. Retardo i falta de localiza-



ción de las sensaciones. A veces siento como una nube en los ojos. Oído derecho muy disminuido. La dicción igual en ambos lados. Disminuido el olfato - lado derecho.

Enflaquecimiento no muy marcado.

El pie izquierdo comienza a hacerse plano. Movimientos de lateralidad muy exagerados. Las uñas de los pies son gruesas, onicómatas. En los dedos longitudinales. Curvas menos marcadas en las uñas de las manos.

Caida de los dientes en solor.

Anhidrosis.

Movimientos fibrilares de la lengua, que se decora un poco a la derecha.

Intestinos: Crisis intestinales que aparecen sin causa provocadora. Necesidad imperiosa de defecación.

Muy poca cantidad de excrementos. No puedo de estas crisis por constipación hasta de 12 días.

Circulación: Hipertrofia del ventrículo izquierdo.

Insuficiencia y estrechez aórtica. Pulso fuerte 98 a 100 pulsaciones por minuto. Arterias temporales

duras, atromatadas, al tacto dan la sensación de gusanos.

Laringe: Rornaje. Antes de hablar hace una gran inspiración.

Micción: Retardo en la emisión de la orina. A veces trascurre mas de un minuto entre el esfuerzo hecho para orinar y la salida de la 1ª gota.

Usa pues se escapan algunas gotas de orina que manchan la ropa. En la noche incontinencia



cia. Durante el sueño poca cantidad. Anestesia de la uretra. Muchas veces no siento pasar la prima. Para comprobar en palita tiene que ayudarse con el tacto y con la vista.

Escalofríos dorsal de poca cantidad derecha. Sordosidad lumbar.

Desde mucho tiempo no hai erecciones —

Obs. no 8.

Maria del Carmen Moreno, de 50 años, viuda, la vendedora.

Ant. de fam: Un hermano y un primo tartamudos y alcohólicos.

Ant. pers: Es alcohólica. 30 años de matrimonio. Tuvo 2 hijos y 1 aborto. Los hijos murieron, uno de 7 años y el otro de 20 días. Ha tenido dolores peses de exacerbación nocturna y manchas rojizas en el pecho. (No puede precisar la fecha de estos accidentes). Ha tenido una fiebre, que probablemente fué una tifoidea. Cuando muy joven estuvo con tiempo sortas (no había terrame por el vido). Sufría mucho de dolores de dientes, que se le caían solos y sin estar cariados. Fuerte sensación de calor en los pies. También observé la enferma que al orinar tenía que hacer muchos esfuerzos antes que saliera la orina; después de terminas salían aun algunas gotas. En distintas ocasiones noté que las piernas se le doblaban y caían. Tropezaba a menudo sin que hubiera ningún obstáculo. (Giving way of the legs, de los ingleses).

Conf. actual: Data de 3 años a esta parte y tiene



empezó por un parosismo de la pierna derecha, que fué aumentando gradualmente hasta el extremo de que casi no se sentía el enfermo. Al mismo tiempo hormigueo en todo el miembro inferior derecho, pero principalmente en la planta del pie. Un mes despues notó los mismos fenómenos en la pierna izquierda. Sentió tambien dolores, que eran ya como rayos que atravesaban el muslo de arriba abajo hasta la rodilla (dolores fulgurantes) o bien como si en distintas partes del muslo estuvieran entorrandole clavos (dolores cerebrantes). Fuertes zumbidos de oido. El ojo izquierdo ha ido perdiendo poco a poco su poder visual. Ha tenido vértigos, tos muy fuerte por accesos, cólicos intestinales i dolor de estomago. La deglucion es difícil. Estado actual: Mutilidad: Signos de Romberg i Rosbach. Al marchar la enferma vacila, se para mucho los pies i se apoya con fuerza sobre el talon. La marcha es mas vacilante al principio. Cuando anta no puede volver con prontitud en direccion contraria.

Sensibilidad: Al andar siente la enferma el suelo blando, como tapizado de algodón (parestesia). Placa de anestesia en la cara dorsal de la mano entre las extremidades superiores de las primeras falanjes del índice i del meñis. Placa de hiperestesia en el tercio inferior de la cara interna de las piernas. Placa de anestesia en el tercio inferior del borde radial del brazo izquierdo. No localiza bien las sensaciones. Fenómenos de West





phal.

La enferma dice haberse enflaquecido mucho, lo que indica perturbaciones de la nutrición general. Tiene sudores muy abundantes. Las uñas de los pulgares de ambas manos presentan dos lóbulos que las parten en dos direcciones, dividiéndolas en pequeñas partículas, que les dan el aspecto de un tejido. En ambas piernas presento ovarias verrugas blancas.

Olvídabamos decir que hai un estrabismo converjente por parálisis de los rectos laterales i que hai poca vision en el ojo izquierdo.

Obs. no 9.

Manuel Antonio Rodriguez, de 49 años, de San Carlos.

Ant. her. Sin importancia.

Ant. pers. Fiebre tifoidea el 63 (de 18 años); vomica el 70; fractura de la pierna izquierda el 82.

En marzo del 93, despertó una mañana con una tos muy fuerte, de repente no pudo respirar i salió de la pieza, metió aspirador.

Afuera sintió una especie de golpe en el pecho, como si se lo hubieran comprimido e inmediatamente pudo respirar. Quedó con una bronquía por 15 días. En diciembre del 93 sensación de hormigueos en la mejilla izquierda e hiperestesia; dificultad para hablar. Como 15 días despues del accidente anterior principió a sentir que se le iba pesando el ojo izquierdo, que quedó en velación en





pleto a los 8 dias. Desde junio del 94 sensacion  
muy fuerte de frio en la planta del pie, que se estien-  
de hasta la parte superior de los muslos. Esta  
sensacion de frio es tan fuerte que casi hace lle-  
var al enfermo. Hormiguas en el dedo chico  
i anular izquierdos i dolores, en junio de este  
año. Ha tenido dolor de cintura; tiene sen-  
sacion de tumefaccion en el fatis inferior i  
al beber parece como que le falta el fondo al  
vaso. Dolores trinitantes en las piernas i mus-  
los. Nada de particular en el oido, olfato i  
gusto. Tels del paladar caidos. Lengua a-  
trófiada e incurvada. Pupilas no reaccio-  
nan a la luz; la izquierda reacciona pres-  
a la distancia. Reflejo patelar abolido.  
Dificultad para orinar: aroja algunas go-  
tas despues de la miccion. Dinamómetro:  
derecha 34, izquierda 26. Necesos de tos des-  
de hace 4 meses i crisis de flatulencia gas-  
trica desde hace 3 años. Abolicion del ape-  
tito sexual. No puede mantenerse de pie con  
los ojos cerrados. Ophthalmoplejia externa.  
Tratamiento: Nitrato de plata (pildoras), 2  
centigramos al dia. Puntas de fuego en la  
columna cada 15 dias — 1894 —

Obs. No 10.

José Agustín Arias, de 24 años, casado, torero,  
de Rengo.

Ant. hered.: sin importancia.

Ant. pers.: el año 79, dice el enfermo, tuvo una



alucinacion visual: vió un amortajado, lo que le hizo dar un grito; tuvo perdida del conocimiento, caida y salida de espuma por la boca. Ignora la duracion de este accidente que no repitió hasta hace pocos, como lo vamos a ver. El 86 se hizo una herida profunda, transversal, en la 1.ª falange del índice izquierdo i cuya cicatriz aun se vé. El 88 fué operado de un absceso hepático. El 91 hemorajia i chancros gínicos con infarto de los ganglios inguinales, sin supuracion. 6 meses despues dolores óseos i articulares, continuos, con exacerbaciones nocturnas, mas fuertes en la region temporal. Estos dolores fueron apiréticos, acompañados de sensacion de frío. En esta época tuvo en los brazos una erupcion vesicular, que contenia un líquido citrino, i acompañada de prurito. En las piernas erupcion compuesta de granos del tamaño de una moneda de 20 centavos (sin prurito) que despues se ulceraban i cuya duracion fué de un año mas o menos. Junto con las ulceraciones desaparecieron los dolores. No tuvo tratamiento.

El 92 sufrió de contracturas dolorosas en las piernas, de 5 minutos de duracion. Estos dolores eran fulgurantes, partian de la estremidad superior del muslo i terminaban en las pantorrillas. En setiembre del 94 sufrió de ausencias: salia de su casa, i se perdió en la calle. No se da cuenta del lugar en que



se encontraba. Tuvo vértigos.

A principios de marzo de este año sintió un dolor punzante en la muñeca ya descrita, de 5 minutos de duración mas o menos. 2 dias despues tuvo en ese dedo un espasmo clónico de 5 minutos, que al dia siguiente se repitió 3 veces i se gastó en toda la mano. Al otro dia sintió en el hombro izquierdo una sensación dolorosa (aura) que le marchó hacia abajo i al llegar a la muñeca se sobrevinieron espasmos clónicos de los dedos i rotación interna del brazo que sacó la mano dirigida hacia afuera. Junto con esto sintió dolor en la mitad izquierda i anterior del tronco, se inclinó hacia el mismo lado i cayó. Tuvo vómitos. La cara tomó un color cianótico. Siguió un período de contracturas tónicas primero i clónicas despues, del lado izquierdo. La cabeza se inclinó hacia ese lado i hubo un estrabismo externo del ojo izquierdo. Volvió en sí media hora despues del acceso i se encontró con la boca desviada hacia la derecha, e con imposibilidad de sacar la lengua. No pudo hablar durante 2 horas. Al dia siguiente todo había desaparecido.

Han seguido despues una serie de accesos iguales (en número de 25 a 30) salvo no haber habido pérdida de la conciencia. Se han repetido hasta 3 veces al dia.

El 14 del presente al hacer un esfuerzo en un caso le sobrevino otro acceso, con pérdida de la conciencia i al volver en sí notó la pierna i brazo izquierdo sin movimiento i un gran dolor en la mitad izquierda del cuerpo. Perdió la pérdida de la sensibilidad táctil en el brazo i se conservaron en la pierna. Observó esa noche que su boca estaba desviada i le caía la saliva. Al dia siguiente pudo



comprobarse la parálisis facial del mismo lado. Se nota que había una hemiplejía dolorosa con anestesia y una parálisis facial del mismo lado izquierdo.

Examinado el enfermo hemos notado que puede andar con facilidad, quedando sólo una plantación del lado izquierdo, por falta de firmeza, según dice el enfermo, que le permite andar sin auxilio ni apoyo alguno. Respecto del brazo los movimientos están limitados. Los de flexión, extensión, supinación y pronación de la mano permanecen abolidos, estando la mano y dedos en extensión. La mensuración da en el brazo derecho 1 centímetro más que en el izquierdo y en el antebrazo derecho 2 centímetros más. Se nota la persistencia de la parálisis del facial inferior. El reflejo patuliano está, a veces abolido, a veces normal, las pupilas reaccionan lentamente a la luz. La lengua desviada hacia el lado derecho. Anosmia doble. Escoliosis del lado izquierdo. En la noche orina mucho. Incontinencia relativa. Al andar encuentra el pie desigual sobre todo en la tarde. Pérdida del apetito sexual. Poluciones nocturnas sin erección. En el fondo del ojo derecho hai ensanchamiento venoso, sin aumento de coloración de los vasos y edema de la papila izquierda.

17 de abril de 1895 -

Obs. no 11.

Ramón del Río de 39 años, casado, agricultor, de antecedentes hereditarios neuropáticos acentuados, ha tenido en su primera edad dolores de cabeza a horas variables y ensueños frecuentes. El año 1882 cianuro suco con infartos ganglionares múltiples, intumescencias en la parte posterior de la lengua, debilitamiento general de las fuerzas, pérdida del apetito, sudores y fiebre nocturna, palpitaciones. 1882 u 83. Sensación de calor



a las piernas, de Belaraina en la cara. Diplopia transitoria. Váridos de cabeza. 1886, Solus fulgurantes. 1887, desigualdad pupilar. 1888, Sensación de frío en los pies i en los muslos con adormecimiento de la extremidad del miembro inferior. 1887 u 88: deses imperiosos de orinar sin arrojar una gota de orina; una vez se sondó i no había orina en la vejiga. Después incontinencia relativa i varias veces interrupción del chorro. 1889, debilitamiento jeneral e insomnio. 1890, disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo. 1892. No puede andar bien en la oscuridad; vacila al ponerse la parrisa. 1893. Ve manchas azules volantes. Durante 2 meses diarrea, con 5 o 6 deposiciones diarias, pocas abundantes, semi-liquidas; necesidad imperiosa de ir al lugar. 1894. Catarus pulmonum. Tratamiento específico (inyecciones i ioduro durante 2 meses. Torpeza al ejecutar pequeños movimientos con las manos. Adormecimiento de los dedos pequeños i anular de ambas manos. Ptosis incompleta del ojo izquierdo durante 6 a 8 meses. Estado actual: Signo de Romberg. Dificultad para ponerse de pie cuando está sentado. Tiene que estar cierto tiempo antes que pueda ponerse en marcha. Marcha como la de un jirafino que anda en la oscuridad. Ligero temblor en la lengua i en las manos. Signo de Westphal; signo de Argyll - Robertson. Atrofia de la papila. Disminución de la agudeza visual. Tiene que estar cierto tiempo entre el momento en que el enfermo va a orinar i la salida de las primeras gotas. Poluciones nocturnas cada 8 o 10 días, acompañadas de sueños voluptuosos i con erección, que falta de día.

3 de mayo / 95





## Obs. no 12.

Ignacio Aliaga, de 43 años, casado, natural de Talca se presenta a la Clínica el 1º de octubre del presente año. Como ant. hered. dignos de recordarse sólo encontramos que su padre murió de retención de orina.

A los <sup>18</sup> 22 años escuf chancro, bubon supurado, gonorrea. De 22 años, erupción generalizada con prurito. Fue tratado por el ioduro i baños de sublimado.

Un año después pequeños ataques al corazón, que el enfermo atribuye a abusos alcohólicos. Al poco tiempo dolores articulares, que calmaron con una fricción de jabonando i antipirina.

De 38 años, segunda gonorrea, no tratada

El año 93 dolores osteocefalos. Un mes mas tarde incontinencia de orina i tenesmo rectal, que obliga al enfermo a ir a la oficina hasta 30 veces por día. Un año mas tarde sensación molesta de peso a la cintura i 2 meses después perturbación en la marcha. Al andar sólo apoya los talones. El suelo le parece blando. En este estado permanece hasta marzo del presente año. Se a un médico i éste le prescribe bicomun de potasio i mag. vomica. de ciento por.

A fines de marzo retención completa de orina, con dolores intensos a la vejiga, dolor que se irradia hacia el glande.

Desde marzo aparecen dolores fulgurantes más de tarde en tarde.

Con motivo de la retención consulta a un médico, que extrae la orina con la sonda i diagnostica cateterismo primitivo de la vejiga. Prescribe lavasiones buccales



i salol al interior. Se hace examinar la orina, que resulta normal, con sólo un pequeño aumento de la cantidad de uratos. Como el médico propone el tacto rectal, el enfermo se resiste i se va a Talca. En esa ciudad, un facultativo a quien consulta acepta el diagnóstico anterior, modificando el tratamiento (lavados de permanganato al 1/1000 i salol con bicarbonato al interior). Como esto no produce resultados, consulta a otro médico que entra ya a examinar el reflejo rotuliano. Receta nitrato de plata i aconseja la suspensión. Todavía otro médico practica una serie de sondajes, desahucia al enfermo i le insinúa se vaya a Santiago. Como éste insiste en que le haga una prescripción, receta: gotas amargas de Baumé, 5 antes de cada comida.

A fines de setiembre llega el enfermo a esta ciudad bastante agravado. Es examinado en la clínica de enfermedades nerviosas.

Examen del enfermo: Sensibilidad al dolor casi abolida. Sensibilidad térmica normal. Sentido muscular disminuido. Reflejo pabelar no existe. Hai Romberg. En la vista, signo de Hegyll-Robertson, pulsos venosos del ojo izquierdo, edema de ambas papilas. Disminución de la agudeza auditiva. Hace un año que tiene dolor i supuración del oído. Oye mejor con el izquierdo. Hai perversion del gusto.

Diag: tabes. Trat: específicos, acale i régimen reconfortante.





— Reflexiones sobre las observaciones —

Obs. 1.<sup>a</sup> —

En este caso de tábex espálica las perturbaciones urinarias consisten, como acabamos de ver, en pereza vesical, con micciones difíciles, discontinuidad del chorro ("micción en vaicos actos", de Fournier), con incontinencia relativa de algunas gotas al final del último acto si aun pudiáramos decir "después de zaido el telón". Estas perturbaciones no han abierto la escena de la tábex, puesto que un año o medio antes de presentarse el enfermo a la Clínica tenía trastornos visuales, evidentemente debidos a la tábex. (Prescintimos en este caso o para mayor seguridad de los antecedentes remotos) i que por otra parte los trastornos de la micción se presentaron, según el enfermo, como 4 meses antes del examen. Además, hai que notar que al ser observado el enfermo no había perturbaciones atáxicas de la marcha. —

Obs. 2.<sup>a</sup> —

En el caso de Juan de Dios Vázquez notamos: delgadez del chorro, frecuente interrupción del mismo, anestesia uretral e hipuestesia vesical. Llaman la atención estas asociaciones de dos sensaciones o puestas referidas a dos regiones tan próximas como la vejiga i la uretra. Hai también la particularidad de haber las perturbaciones urinarias comenzado el cuadro de la tábex. El enfermo pudo, pues, en este período ser fácilmente tomado por un verdadero purrinario. Por otra parte estas perturbaciones han persistido desde el 91 hasta noviembre del 93 en que fué examinado. —

Obs. 3.<sup>a</sup> —

En esta observación de artropatía tabética las perturbaciones urinarias son: retardo en la micción, que se hace mas manifiesto cuando se observa al enfermo, e incontinencia de algunas gotas al fin de la micción. La época de aparición de estos síntomas no se puede



parecer. Todo lo que puede decirse al respecto es que procedieron por 12 años a las perturbaciones articulares, que constituyeron principalmente el interés de este caso.

Obs. 4<sup>a</sup> -

Este caso es interesante por mas de un concepto. Entre los puntos que merecen la atención me parece se halla la incontinencia nocturna de orina de que padece el enfermo entre los 6 i los 10 años de edad, coincidiendo en parte con los excesos sexuales a que se entregó desde los 8 años. Además es altamente instructiva la circunstancia de habersele practicado una uretrotomía interna por estucheces imaginarias poco antes de verlo el Dr. San Cristóbal, que pudo constatar la absoluta integridad del canal i la ausencia completa de lesiones en el aparato urinario explorado. Como lo hemos visto, las perturbaciones permitidas en el caso de transición en disuria dolorosa, lentitud del flujo, que es interrumpido al terminar, incontinencia relativa con anestesia de la uretra, después de exceso terminado el acto, incontinencia matinal, dolor continuo en la vejiga, que aumenta al andar i polakiuria principalmente nocturna. Era fácil, pues, creerlo un urinario a primera vista. Otro punto interesante es el haber hecho el Dr. Sr. Orrego Sues el diagnóstico de tábex, sin mas que los síntomas urinarios, en vista del resultado negativo de la exploración quirúrgica. Por lo demás, como se ha visto el diagnóstico fue ampliamente confirmado por el examen ulterior. Todavía podríamos citar los datos del enfermo que sólo tiene 19 años i en el que los síntomas han aparecido muchos tiempos antes. -

Obs. 5<sup>a</sup> -

Las perturbaciones urinarias son aquí parosia i tenesmo vesicales i polakiuria nocturna. Nada de particular podemos señalar sobre ellas.

Obs. 6<sup>a</sup> -

La parosia vesical es la única perturbación urinaria. Fue un síntoma precoz de la tábex.

Obs. 7<sup>a</sup> -

En este enfermo las perturbaciones son: retardo en la emisión de la orina, de mas de 1 minuto. Incontinencia relativa de algunas gotas después de la micción. Incontinencia nocturna i anestesia uretral. La época de aparición de estos síntomas ha sido el período de los dolores fulgurantes



Obs. 8.<sup>a</sup>

Esta enfermedad ha tenido como síntomas urinarios de su tabes, parésia vesical e incontinencia de algunas gotas. Han aparecido temprano, junto con la caída de los dientes, que parece haber sido el primer signo tabético.

Obs. 9.<sup>a</sup>

Parésia vesical, incontinencia de algunas gotas después de la micción por las perturbaciones primarias de este enfermo.

Obs. 10.<sup>a</sup>

Hay que notar como perturbaciones urinarias la polakiuria nocturna i la incontinencia relativa.

Obs. 11.<sup>a</sup>

En este enfermo un año más después de la aparición de los dolores fulgurantes vinieron por turnos urinarios. Las perturbaciones consistían en deseos imperiosos de orinar sin arrojarse una sola gota. En esta orina se hizo contar i no había orina en la vejiga. Después hubo incontinencia relativa i chorro frecuentemente interrumpido. Últimamente retuvo en la emisión de la gema. Hay que notar que las perturbaciones urinarias datan de 8 o 9 años.

Obs. 12.<sup>a</sup>

Este enfermo ha tenido como perturbaciones primarias incontinencia por vez de gema i otras perturbaciones que aparecen en el período de los dolores fulgurantes. Es de notar la larga odia de este tabético i los trastornos intempestivos a que ha sido acometido por errores de diagnóstico. Es curioso que el padre haya padecido i muerto de una retención de gema.

No siendo muy numerosas las cases de tabes considerados en este corto trabajo, no pueden esperarse conclusiones interesantes o de novedad. No obstante, creemos poder someter a la consideración de la honorable comisión las siguientes:

### Conclusiones.

1. Las perturbaciones urinarias se hallan lejos de ser raras en la tabes.
2. Su época de aparición es variable, pudiendo aparecer, ya como síntomas precoces i a veces únicos de la enfermedad.



ya con el periodo de los dolores fulgurantes, ya un poco mas tarde.

3. Su duracion es a veces bastante larga. (obs. no 11-8 a 10 años)

4. Las perturbaciones mas frecuentes parecen ser, en primer lugar, la paresia vesical i la incontinencia relativa al fin de la mision. La anestesia uretral es relativamente frecuente: 3 veces en 12 observaciones i puede ir acompañada de hiperestesia de la vejiga (obs. 2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>). La polakiuria nocturna es bastante frecuente: 4 veces en 12 observaciones.

5. En todo tábético debe invariablemente averiguarse el estado de las funciones urinarias. —

