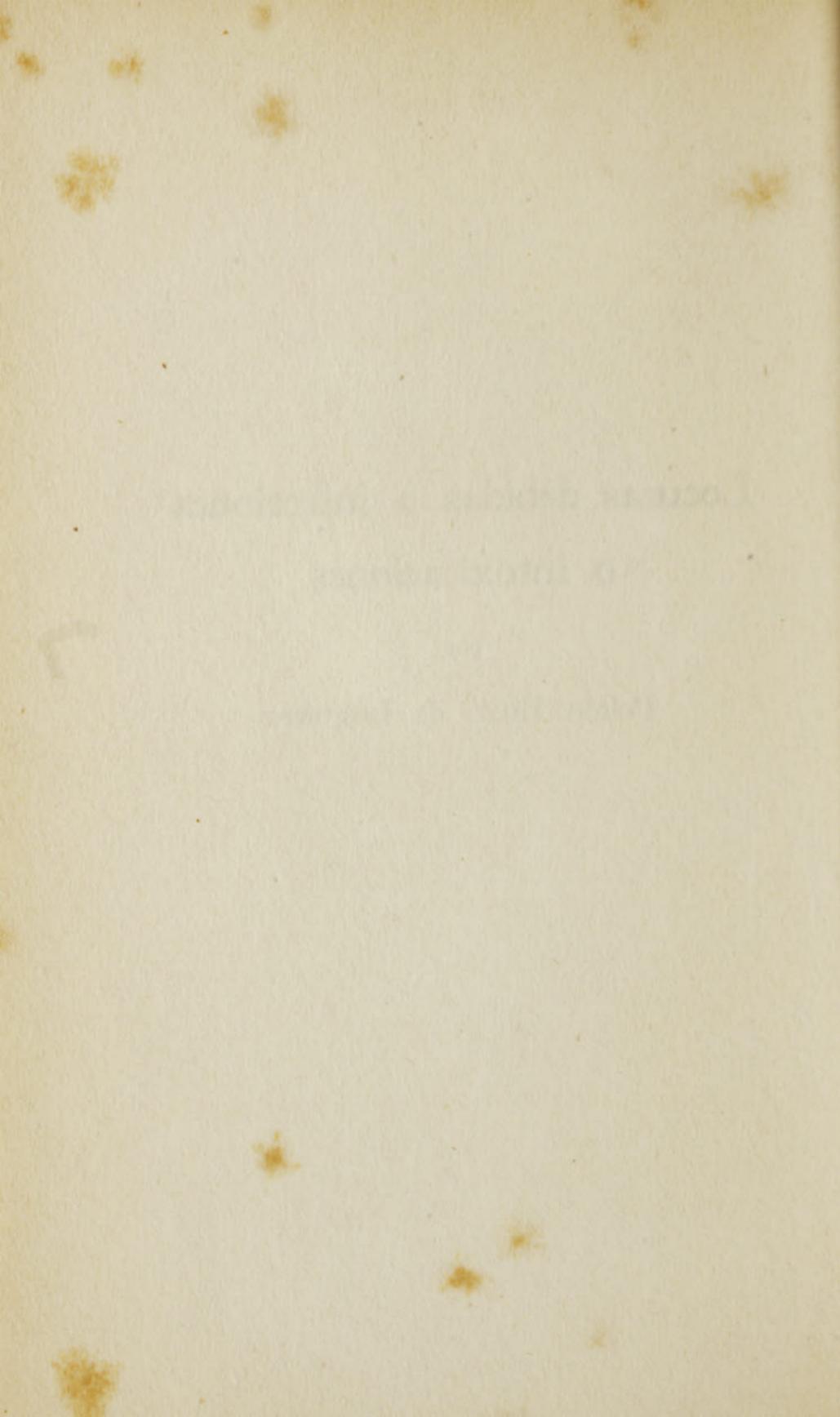


Locuras debidas a infecciones  
o intoxicaciones

por

Polión Buxó de Izaguirre



## Locuras consecutivas a una infección o a una intoxicación

Dr. González Prats. Compañeros:

Precioso tema es este para su desarrollo. La materia que lo integra viene a constituir un lazo de unión inextricable entre la *Medicina interna somática* y la *Psicopatología*. Con ello tenemos un argumento irrefutable para tachar de incompletos a los autores que no consignan la Psiquiatría en sus tratados de Medicina interna.

Este tema, sin embargo, requiere el estudio de locuras producidas por un número inmenso de causas; lo cual es suficiente para deducir que en el corto espacio de tiempo de que dispongo para hacer uso de la palabra, no puedo hacer descripciones acabadas, sino sencillos bosquejos de cuestiones concretas.

Por este motivo, y por las deficiencias científicas que forzosamente lleva aparejadas mi condición de estudiante, es por lo que ruego a mi querido maestro el Dr. González Prats y a vosotros, mis compañeros que me escucháis, que tengáis benevolencia al criticar la exposición que voy a hacer.

Y, entremos en materia.

\* \* \*

Regís, uno de los psiquiatras extranjeros más competentes, divide las Psicopatías en dos grandes secciones.

En la primera estudia las que llama *Psicopatías simples* o *Psicopatías entidades*, es decir, las formas primitivas y autónomas de enfermedades mentales.

En la segunda sección estudia las *Psicopatías sintomáticas* o *asociadas*, las cuales más que entidades morbosas independientes son un síndrome ligado a otro morbosismo, del cual dependen.

De las del grupo primero, muy importantes, no he de ocuparme en esta disertación.

El autor antes citado considera que la base patogénica de mayor importancia de las psicopatías del segundo grupo es una intoxicación las más de las veces, o también una infección; el resto de estas psicopatías secundarias depende de una enfermedad orgánica bien definida de los centros nerviosos.

El estudio que trataré de esbozar en esta comunicación comprenderá sucesivamente el de los estados psico-morbosos consecutivos a las infecciones, a las auto-intoxicaciones y a las exo-intoxicaciones.

#### LOCURAS CONSECUTIVAS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS AGUDAS

Las psicosis de las enfermedades infecciosas agudas tienen de particular que no solamente se parecen a todas las demás psicosis tóxicas, sino que también se parecen mucho entre sí.

El tipo clínico de la locura en todas las infecciones agudas es la *confusión mental*.

Durante el estadio febril la psicosis infecciosa reviste una de las formas de confusión mental aguda, en particular la forma de *delirio onírico alucinatorio*, o la de delirio agudo meningítico, algunas veces mortal. El delirio onírico alucinatorio se traduce por sueños en acción, hechos accidentados de escenas profesionales, familiares o puramente fantásticas, de visiones a veces agradables, celestes, pero las más de las veces penosas, terroríficas y el enfermo cree ver como pasan frente a él ya animales, ya personajes grotescos, fantasmas, demonios, asesinos; con menos frecuencia existen alucinaciones e ilusiones acústicas, del gusto, miedo al envenenamiento, al erotismo, al misticismo. Este estado onírico o de sonambulismo agudo, por así llamarlo, se acompaña de una agitación más o menos viva, a veces de paroxismos violentos y con frecuencia de impulsaciones panofóbicas, en el curso de las cuales los enfermos, alocados por los terrores alucinatorios, se levantan bruscamente de su cama y buscan febrilmente cualquier lugar por donde puedan huir o esconderse. Esta es la razón habitual de las precipitaciones por la ventana tan comunes en todas las psicosis de intoxicación o de infección agudas, y contra las que conviene, como se comprende, estar prevenido.

Durante el estadio post-febril y de la convalecencia encontramos principalmente a la *forma asténica* de la confusión mental, variable en

grado y duración, pero constituida principalmente por desarreglo intelectual, obnubilación, estupidez, pseudo-demencia con o sin delirio y agitación.

Otra forma de confusión mental que se puede observar en todas las infecciones agudas, sea en el período hipertérmico, sea sobre todo en la convalecencia, es la *forma de síndrome paralítico*, caracterizada por síntomas mentales y somáticos de parálisis general. Este estado es idéntico al de la parálisis general clásica, pero difiere de él en cuanto a su evolución que es rápida y con tendencia natural a la regresión, a la curación.

El tratamiento de estos estados psíquicos debe ser el de la infección que los ha provocado, y entre las indicaciones especiales la que se impone antes que nada es la de procurar al enfermo un sueño lo bastante profundo y lo suficientemente prolongado para que los delirios y alucinaciones no puedan presentarse.

Voy a citar ahora una serie de casos clínicos ocurridos en las diversas enfermedades infecciosas agudas, comenzando por la Ebertheriosis.

#### EBERTHERIOSIS

*Observación 1.*—Todos recordaréis aquella enferma que cuando nosotros cursábamos el primer año de Patología médica, se nos presentó con la siguiente evolución clínica.

Era una chica de 17 años, llamada Ceferina Rodríguez, natural de Agara (Huesca). Padeció una

ebertheriosis de la que curó. Inmediatamente después de esta enfermedad, al iniciarse la convalecencia pudimos darnos cuenta de que su mentalidad había quedado profundamente alterada. Con sus incoordinaciones mentales provocaba discusiones entre las demás enfermas, y cuando algún alumno o cualquier otro varón intentaba investigar algún dato de su estado hacía manifestaciones eróticas. Este erotismo fué en los días sucesivos en aumento y llegó hasta atentar contra el pudor de las demás enfermas de la sala.

En vista de los escándalos sucesivos y crecientes a que el estado mental de esta enferma daba lugar, ordenó el Dr. González Prats que saliera del Hospital y recomendó que ingresara la enferma en una casa de salud.

*Observación 2.*—Este enfermo, llamado Angel Campos, de 32 años, casado, natural de Santa Coloma de Farnés, estuvo hospitalizado durante el pasado curso en la clínica del Dr. González Prats. Historió su enfermedad el ahora ya médico, José María Andreu.

Entró este enfermo al final de una enfermedad infecciosa aguda, que por el estado mental del sujeto y la falta de datos amnámicos casi absoluta, no permitió sentar un diagnóstico definido de la enfermedad infecciosa que sufrió.

Sabemos que tiene hermanos tuberculosos y tres hijos raquíticos. Comenzó la enfermedad con fiebre y quebrantamiento general. Luego tuvo escalofríos, delirio muy continuado y sordera absoluta. Sus funciones orgánicas fisiológicas

eran todas deficientes. Fué visitado durante algunos días por el médico del pueblo que diagnosticó una meningitis aguda.

Contesta algunas veces acertadamente cuando se le pregunta con signos o por escrito, si bien gritando desaforadamente. Otras veces no responde y sólo como contestación muda a nuestra pregunta, cuya significación su estado mental, no le permite conocer, vemos que arruga su entrecejo. He aquí una manifestación externa que traduce un trabajo mental por el cual el enfermo quiere comprender la pregunta que le hemos hecho, y que aun siendo tan sencilla, no le es posible comprender. Así, por ejemplo, se le preguntaba: ¡Cómo te llamas?

Después de estar algunos ratos con conocimiento más o menos vago de lo que le rodea, vuelve a delirar sin saber dónde se encuentra ni por qué está en la cama. Recordaréis también que, diariamente, al pasar visita, el enfermo creía ver en nuestro compañero Rubió a una persona amiga suya, sin que esto fuera cierto.

Algunos días más tarde este enfermo perdió por completo y de una manera duradera el conocimiento, tenía incontinencia de orina y de materias fecales, etc.

Después de un mes de permanencia en el Hospital fué trasladado a su domicilio, no constando en la historia clínica la terminación de su enfermedad, aunque creo que fué funesta.

*Observación 3.*—La enferma de que se trata, pertenece a la sala de excedentes de Medicina en la que se halla actualmente, y los datos que

aquí aporlo me los ha proporcionado nuestro compañero Aguilar.

Es una enferma que se halla curada hace dos años, de una ebertheriosis. Tiene además un fondo histérico. Sufre alucinaciones varias y se la sugestiona con suma facilidad. Sus trastornos psíquicos datan desde la curación de aquella fiebre tifoidea. El otro día, por ejemplo, la hicieron creer que uno de los internos, que va afeitado, lleva una larga barba; la enferma lo miraba con atención, negando primero este aserto, y ante la insistencia del Dr. Dalmau que hizo el examen, duda, luego interroga a la enferma vecina, y ante la afirmativa de ésta, se convence completamente de que la persona a quien contempla lleva una larga barba; siendo así que va completamente afeitado.

## GRIPOSIS

Citaré en este párrafo el caso presentado por nuestro compañero Sr. Cuenca, durante el curso pasado, a la Sociedad Pediátrica Española que preside el Dr. Martínez Vargas, por ser ya de la mayoría conocido.

Se trata de una niña que cayó enferma al día siguiente de haber estado en un cinematógrafo y en el cual vió una película dramática con la escena de un suicida arrojándose por un balcón, que la impresionó en gran manera. Contrajo esta niña una gripe que atacó especialmente los centros nerviosos, provocando un delirio terrible. En una noche, acosada por un acceso

delirante, esta niña se levantó de su cama y se arrojó por la ventana de su habitación a la vía pública. Este accidente le causó la muerte. Ocurrió el hecho, si mal no recuerdo, en la calle de la Merced y fué consignado en la prensa barcelonesa.

No es en realidad este caso el de una psicosis post-gripal, pero sí indica la existencia de trastornos psíquicos profundos en el período de estado de una gripe.

Las psicosis post-gripales, como muchas de las demás post-infecciosas, suelen curar.

### NEUMONÍA

El delirio del período de estado de la neumonía reviste habitualmente una de las formas más agudas de la confusión mental, en particular la forma de delirio agudo meningítico.

Pero a veces afecta también el tipo de delirio alucinatorio agudo, muy parecido al delirium tremens, y caracterizado por visiones terroríficas de animales, fantasmas, demonios, asesinos; verborrea, agitación violenta, temblor generalizado, etc. A veces esta agitación da lugar a estupor, o ambos estados se suceden alternativamente.

Así como en el apogeo de la neumonía son frecuentes estos trastornos, en cambio en la convalecencia y como consecuencia de tal enfermedad sólo se desarrollan psico-morbosismos en ocasiones extremadamente raras, y que no merecen ser consignadas.

## POLINEURITIS (Enf. de Korsakoff)

En los últimos años del siglo pasado, Korsakoff de Moscou ha descrito los trastornos psíquicos observados en ciertos casos de polineuritis. Ha demostrado que las psico-neurosis, casi constantes en la neuritis múltiple de los alcohólicos, se encuentran también en las demás neuritis producidas por otras causas.

Estos trastornos psíquicos de la polineuritis han sido distinguidos por Ballet en tres formas clínicas, que no detallaré para no hacerme demasiado extenso: la forma delirante, la de confusión mental y la amnésica.

Pero en realidad, más que directamente dependientes de la polineuritis, los trastornos psíquicos de la enfermedad de Korsakoff dependen de la intoxicación o de la infección que la ha originado.

## FIEBRES ERUPTIVAS

Las psicosis de las fiebres eruptivas son idénticas a la descripción general al comienzo expuesta.

No son muy frecuentes y entre las varias enfermedades que integran el grupo de fiebres eruptivas, es en la *escarlatina* en la que se observan más veces. Comienzan en el período de convalecencia de la enfermedad (escarlatina) y aparecen sobre todo en los casos de síndrome infeccioso tardío (Roger), es decir, cuando sobreviene una complicación supurada, albuminúri-

ea, cardíaca, pleuro-pulmonar, meningítica, etc.

Se trata entonces de una confusión mental típica, con obtusión, desorientación, estupor, amnesia y casi siempre también el delirio onírico.

#### ERISPELA. DIFTERIA

Las locuras consecutivas a estas enfermedades son extremadamente raras y de presentarse ofrecen los rasgos generales ya descritos.

#### MENINGITIS

Ya he hablado antes en el párrafo relativo a ebertheriosis de un caso clínico cuyo diagnóstico no era muy evidente y que alguien calificó de meningitis: sólo podemos asegurar que se trataba de un confuso mental post-infeccioso. No hablaré más de él.

La meningitis es una causa que con frecuencia transforma por completo la psiquis de un individuo, pudiendo generar *idiotas*.

La *idiocia* consecutiva a la meningitis pudiera dividirse en dos categorías, según la naturaleza tuberculosa o no de aquella enfermedad.

Es ya de conocimiento del vulgo, que las meningitis ocasionan con frecuencia graves trastornos mentales. A ello es debido que los parientes del niño enfermo y en especial su madre, se desesperan de una manera extraordinaria en ciertas ocasiones. Y así vemos que estas madres lloran a su hijo, aun cuando el médico las asegure, (juzgando temerariamente), que la en-

fermedad no será mortal, pues están bien convencidas que la curación de su hijo la obtendrán a cambio de la idiocia, y se horrorizan al pensar que en lo sucesivo sólo podrá llevar vida vegetativa.

Desgraciadamente todas estas consideraciones populares son ciertas muchas veces, pero sin embargo debemos recordar que el haber padecido una meningitis no quiere decir de una manera fatal que la mentalidad del enfermo haya quedado trastornada, y vemos en múltiples ocasiones personas que habiendo padecido aquella enfermedad, tienen su sistema nervioso central en perfecto estado de funcionalismo normal.

#### FIEBRE PUERPERAL

Las locuras son raras en el curso del embarazo. Cuando se presentan es casi seguro que la herencia juega un papel muy importante, y se trata las más de las veces de estados de depresión, melancolía, estupor, y sólo excepcionalmente de formas maniáticas. Por el contrario el puerperio es considerado como una época de predilección para que estallen las enfermedades mentales; casi el 10 % de las psicosis que se presentan en la mujer son de origen puerperal. Además de la infección puerperal, pueden ser causas predisponentes del desarrollo de psicopatías en este período, las grandes pérdidas hemorrágicas, los trastornos profundos de la secreción láctea, y la intoxicación aclámpica. Estas psicosis puerperales de intoxicación, tienen

un pronóstico, mucho más favorable que las idio-  
patías dependientes de una debilidad heredita-  
ria del sistema nervioso, que dan ya sus prime-  
ras manifestaciones durante el embarazo.

## LOCURAS CONSECUTIVAS A INFECCIONES CRÓNICAS

Es una ley general de Patología que las mis-  
mas causas producen los mismos efectos. La  
intoxicación del organismo, como ya he dicho  
anteriormente, cualquiera que sea su origen, pro-  
duce con su acción sobre los centros nerviosos  
trastornos psíquicos similares, que no difieren  
entre sí, sino por algunos de sus caracteres y por  
su intensidad.

En suma, diremos que las psicosis de las infec-  
ciones crónicas pueden manifestarse sea bajo la  
forma de *confusión mental aguda*, de *delirio aluci-  
natorio* en el curso de los accidentes agudos de  
la infección; sea por la *confusión mental asténica*,  
obtusa, o por *parálisis general* en otros momentos  
de su larga evolución.

Las enfermedades infecciosas crónicas que de-  
bemos considerar, como productoras de psicosis  
son principalmente la tuberculosis y la sífilis.

### SÍFILIS

No debemos considerar naturalmente como psi-  
cosis verdaderamente sifilíticas, infecciosas,  
aquellas que sobrevienen en individuos neuropá-  
ticos o desequilibrados con ocasión de contraer

la sífilis o como consecuencia del efecto moral que puede producirse al enterarse del diagnóstico de su enfermedad. Se trata en estos casos de obsesiones, de ideas fijas, de accesos de locura y que llevan a veces hasta el suicidio. (Fournier).

La sífilis puede actuar como cualquiera otra toxi-infección para producir perturbaciones psíquicas, o bien éstas son debidas a lesiones cerebrales específicas, o bien se trata de la parálisis general de origen sifilítico.

*Psicosis del período secundario.*—Son debidas a la acción directa del virus específico y no a lesiones cerebrales. Son las psicosis más interesantes y menos conocidas del grupo.

Los trastornos psíquicos comienzan más o menos bruscamente, como es la regla para los delirios tóxicos. Igualmente que éstos se anuncian por *cefálea*, por insomnio, trastornos gastro-intestinales, etc.

Una vez constituídas, las psicosis sifilíticas se traducen esencialmente por un *torpor* constante que llega a veces hasta el *estupor*; somnolencia, obtusión mental, estupidez, desorientación, *ansiedad melancólica*, *delirio onírico alucinatorio* constituído las más de las veces por ideas y sensaciones absurdas e incoherentes de persecución, de envenenamiento, de violencia, de violación, *amnesia* ya actual, ya retro-anterógrada, ya progresiva.

Los trastornos psíquicos de la sífilis secundaria coinciden con la aparición de las manifestaciones específicas de este período. Este diag-

nóstico de psicosis sifilítica se confirma además por la influencia incontestable del tratamiento específico, que mejora y muchas veces cura estas psicosis. Las formas agudas de las psicosis son las que suelen curar; las formas de torpor, de ansiedad o estupidez son las que sólo son atenuadas con el tratamiento específico.

*Psicosis del período terciario.*—Aparecen en una fecha tardía después de la infección sifilítica; no corresponden a ninguna manifestación exterior, exantemática, febril de sífilis, sino más bien a un proceso anátomo-patológico cerebral, tal como meningo-escefalitis, arteritis o endoarteritis obliterante, gomas, etc., que se acompañan ordinariamente de trastornos motores o convulsivos, y que, aun teniendo como tipo clínico fundamental la *confusión mental*, se manifiestan raramente de una manera *aguda*, sino que por el contrario revisten casi siempre una de las formas *sub-agudas*, depresivas o pseudo-demenciales.

La evolución de estas psicosis está subordinada a la de la lesión cerebral específica que las ha originado, es decir, que se mejoran con ella, se exacerban con sus recrudescencias, etc.

En la mayoría de los casos curan, pero con más frecuencia aún que las psicosis precoces, dejan después de ellas un déficit, una decadencia psíquica más o menos marcada, con o sin existencia de trastornos motores.

El curso pasado, en la cama número 10 de la sala general de hombres, estuvo un sifilítico medular y cerebral, con trastornos mentales. No

los detalles porque en la historia clínica archivada de este enfermo sólo constan los síntomas somáticos.

*Psicosis heredo-sifiliticas.* — Las neurastenias constitucionales obsesionantes e impulsivas, las degeneraciones mentales, las psicosis de la adolescencia y la demencia precoz, sobre todo hiperfrénica, reconocen muchas veces un fondo de heredo-sífilis.

### TUBERCULOSIS

En la literatura médica se hallan escritos los siguientes puntos, que relacionan la tuberculosis con la locura:

1º Sobre la frecuencia de la tuberculosis en alienados.

2º El estado mental de muchos tuberculosos se caracteriza por hipocondría, y sobre todo, en otros, por euforia, excitación general, dipsomanía.

3º Locuras de la tuberculosis.

4º Delirio del periodo terminal de la enfermedad.

La tuberculosis no hace excepción a la regla de Nosología psiquiátrica que quiere que toda infección o toda intoxicación se traduzca clínicamente por *confusión mental*, en cualquiera de sus formas; la más frecuente es la de *torpor* con estado melancólico, ansioso o estúpido, alucinaciones múltiples, falso delirio sistematizado de persecución.

La demencia precoz aparece muchas veces en tuberculoso, por lo cual debemos en los dementes precoces examinar el estado de sus pulmones.

## LOCURAS CONSECUTIVAS A LAS AUTO-INTOXICACIONES

Existen una série de auto-intoxicaciones dependientes de un trastorno de las glándulas de secreción interna, ya sea por hipo ya por hipersecreción. Estas alteraciones del fisiologismo normal de tales órganos originan la penetración en la sangre de ciertos productos en menor o mayor cantidad que normalmente. Otras veces esas secreciones endocrinas, no actúan en cantidad suficiente para destruir las substancias tóxicas que penetran constantemente en la sangre.

De suerte, que se provocan, en suma, alteraciones de la crisis sanguínea que pueden resumirse en una frase: la sangre está intoxicada, está sucia, como dice el vulgo.

Tal intoxicación puede actuar como cualquier otra, produciendo trastornos psíquicos y dando lugar a enfermedades determinadas, como *mixe-dema*, *infantilismo*, *cretinismo*, *bocio exoftálmico*, etc., que van acompañadas en tesis general de *mengua* del desarrollo de las *facultades mentales*. Este déficit de la inteligencia es la característica principal de la semeiología psíquica de tales morbosismos.

No es mi ánimo entretenerme describiendo detalladamente tales procesos porque no sería propio de esta disertación.

Otra serie distinta de causas patológicas pueden originar psicosis. Entre ellas tenemos: el estreñimiento prolongado, acompañado de pu-

trefacción de las albúminas alimenticias; las alteraciones de la crisis sanguínea, ya sean constitucionales como la *gota*, *diabetes* y demás enfermedades de la diátesis artrítica, ya se trate de una urinemia lenta provocada por un mal de Bright, o ya también de la absorción de productos tóxicos procedentes de neoplasias malignas.

Hasta hace pocos días ha estado en un cuarto de distinguidas de la clínica de mujeres, una enferma diabética que con sólo pasar visita ya podía notarse que su lucidez mental no era muy luminosa.

#### LOCURAS CONSECUTIVAS A EXO-INTOXICACIONES

Debido al número considerable de intoxicaciones provenientes del medio cósmico, sólo trataremos de las psicosis alcohólicas, del morfismo y del cocainismo; las demás tan sólo las citaremos.

La *ergotina* si no procede de un centeno sano y en buen uso, puede ocasionar graves alteraciones orgánicas (gangrena de las extremidades, etcétera), y profundos trastornos de la mente.

El maíz averiado puede dar origen a la enfermedad llamada *pelagra* (piel-áspera), cuyo último período se caracteriza por la aparición de trastornos psíquicos.

## PSICOSIS ALCOHÓLICAS

El alcoholismo, esa tara social tan extensa y desgraciadamente tal vez irremediable, ocasiona con harta frecuencia, como es bien sabido de todos, trastornos psíquicos, agudos unas veces, crónicos otras, que llevan el desasosiego a las familias y la ruina física, moral y tal vez económica del individuo. Y este abominable vicio, no contento con ocasionar tales desastres, reparte entre los inocentes hijos de los alcohólicos, la predisposición neurósica, la epilepsia, la locura y otras calamidades.

Se ven a veces casos de *embriaguez apoplética*. Generalmente, un alcohólico crónico bebe un día determinadas cantidades muy superiores a las que acostumbra, y como consecuencia de ello el enfermo muere muchas veces rápidamente con fenómenos de parálisis total. ¡Cuántos casos de esos degradados sociales se consignarán como infelices, muertos en la calle por hambre o frío! ¡El pueblo los compadece mientras el tabernero vacía sus bodegas!

Otras veces el *alcoholismo agudo* se manifiesta en forma *convulsiva*. Nótase primero cierta agitación y el paciente acusa cefalalgia. Luego sobreviene a menudo un ataque epiléptico con pérdida completa del conocimiento y rigidez tónica muy duradera. Cuando termina el ataque, y por efecto de alucinaciones intensas, aparece un estado de furor (*manía agudísima de los embriagados*). En esta forma convulsiva, el hombre se convierte a veces en un verdadero animal sal-

vaje con instintos desenfrenados de destrucción. Este estado puede prolongarse una o varias horas y, más todavía.

Entre las alteraciones psíquicas subagudas, debidas a la intoxicación alcohólica, debo citar el *delirium tremens*, la *melancolía alcohólica* y la *paranoia alcohólica*, todas muy importantes, pero aquí sólo esbozaré algo referente al *delirium tremens*.

*Delirium tremens*.—Podemos distinguir en el *delirium tremens*, cuatro períodos:

1º Período prodrómico.—El enfermo ofrece los signos de catarro gástrico, su lengua está temblorosa y si se hace un examen detenido se ve que existen ya ilusiones y alucinaciones visuales o auditivas o ambas a la vez. Pero el enfermo conserva todavía bastante dominio de sí mismo para ocultarlas y en sus actos prescinde de ellas. Este período dura dos o tres días y hasta una semana entera, y a veces falta.

2º Período.—Está caracterizado por una tríada de síntomas: *temblor*, *insomnio* y *delirio con alucinaciones*.

El temblor afecta primero las manos, labios y lengua, más tarde interesa también los brazos y los pies, y en algunos casos la menor tentativa de movimiento va acompañada de temblor generalizado de todo el cuerpo.

En las alucinaciones del *delirium tremens* suelen los atacados ver los objetos negros, seguramente debido a la existencia de escotomas en el campo visual: ven escarabajos, polizontes, ratones, etc.

Período 3º.—A veces se desarrolla un tercer período, en el que predominan los fenómenos psíquicos morbosos. El enfermo se halla en un estado de agitación continua, con impulsión a proseguir en el trabajo que antes solía ejercer (delirios de profesión); habla sin tregua, disputa, grita y la excitación puede llegar al furor más intenso. Hay insomnio y repulsión de todo alimento, la temperatura suele subir y el pulso se hace pequeño.

4º Período.—A los síntomas anteriormente expuestos se añaden convulsiones, y el enfermo muere durante éstas, o bien sus delirios se transforman en *musitantes*, la temperatura asciende, el pulso se vuelve pequeño y acelerado, y el enfermo muere en estado de colapso general. En ocasiones, la muerte ocurre súbitamente y sin esperarla, tras una agitación intensa, en el momento de incorporarse el enfermo en la cama (anemia cerebral aguda).

Sin embargo, en la mayoría de los casos, los fenómenos expuestos en el tercer período van cediendo poco a poco, y tras un sueño reparador el enfermo pasa lentamente a la fase de curación.

Hay alcohólicos que cada año sufren uno o varios ataques de *delirium tremens*.

*Psicosis alcohólicas crónicas*.—El individuo alcohólico crónico, observado bajo el punto de vista mental, aqueja principalmente una *perturbación de la sensibilidad moral*. Se vuelve indiferente a las penas de sus allegados, abandona sus negocios y se relaciona con preferencia con la mala sociedad. Su ideal se reduce a satisfacer

su deseo de bebidas alcohólicas; si no puede conseguirlo, entra en un estado de apatía, se queja de toda clase de incomodidades, tiene un humor hipocondríaco. Si las circunstancias externas no le permiten satisfacer su tendencia a la bebida, entonces procura proporcionarse el medio pidiendo limosna, robando, etc., y va a parar a una casa de corrección, a la cárcel o a un penal. Si el abuso del alcohol prosigue, se puede llegar al estado de demencia manifiesta.

*Parálisis general alcohólica.*—En cierto número de casos, a los fenómenos de demencia se añaden los delirios de superioridad, ideas de grandeza e ilusiones de los sentidos; además hay una serie de fenómenos somáticos de carácter paralítico, de suerte que parece existir el cuadro total de una *parálisis general progresiva de los alienados*.

Estudiemos otra intoxicación:

## MORFINISMO

La intoxicación crónica por la morfina es un vicio terapéutico en el que incurren un enorme número de desgraciados enfermos, que tienen como única esperanza de la vida, el que ésta transcurra sin padecimientos físicos, sin dolores corporales.

El alivio o abolición del dolor que conseguimos con una inyección de morfina, la placidez que se apodera del paciente y le procura el sueño de que estaba privado, es de lo más apropósito para que cuando reaparezcan los dolores

se reclame nuevamente el empleo del medicamento, y si la enfermedad causante de los dolores persiste, los pacientes se convierten en morfinómanos crónicos.

Además de las enfermedades orgánicas dolorosas, pueden también conducir al morfinismo, el insomnio, la histeria y el simple ejemplo, la imitación.

Sus síntomas suelen consistir, en la primera fase, simplemente en los signos de euforia. Pero en lo sucesivo para obtener estos efectos, hay que recurrir pronto a inyectar dosis enormes, bajo las cuales tiene lugar un cambio de la individualidad mental, y en el cuerpo aparecen los signos del marasmo. Así que cesa el efecto de la inyección, el enfermo se pone de mal humor. Pero sobre todo se nota un cambio morboso de las cualidades morales. No le cuesta al enfermo gran trabajo mentir, en particular cuando es en interés suyo para proporcionarse el tóxico, o negar u ocultar que recurre a las inyecciones; en estas circunstancias su palabra de honor, que antes tenía por sagrada, le importa poco.

El enfermo enflaquece, tiene temblores, alteraciones sensoriales, trastornos digestivos, mengua de las secreciones fisiológicas, en especial de la saliva y del sudor (por lo cual la piel está áspera y seca).

Si el paciente es abandonado a sí mismo, pasa lentamente a las consecuencias del morfinismo y muere con los signos de la caquexia o por una enfermedad intercurrente contra la cual no tie-

ne suficiente fuerza de resistencia el organismo. Sin embargo, no es raro que transcurran algunos decenios antes de que sobrevenga esta terminación.

Dada la índole de este trabajo, no entraré en los interesantísimos detalles del tratamiento de esta intoxicación.

### COCAINOMANÍA

El abuso crónico de la cocaína puede ser debido a la práctica de la anestesia local, a beneficio de grandes dosis, con objeto de combatir dolores o sensaciones desagradables. En una gran serie de casos el cocainismo se desarrolla a consecuencia del morfinismo, por tratar de curar a éste mediante la cocaína.

Los fenómenos de cocainismo crónico consisten en *fatiga*, debilidad y *disminución de peso del cuerpo*. A esto se añade repugnancia e *incapacidad para el trabajo mental*, falta de memoria, etc. Puede haber insomnio, estornudos espasmódicos, temblor general de todo el cuerpo, convulsiones crónicas, los reflejos exaltados, etc.

El *funcionalismo cardíaco está acelerado*, 130 a 180 latidos por minuto; el pulso pequeño, a menudo filiforme, y la respiración superficial e irregular. Suele haber hiperhidrosis. Si los fenómenos de intoxicación se acentúan, los síntomas morbosos *psíquicos* se hacen más patentes. Muchas veces se origina una psicosis con el cuadro de *delirio alucinatorio* y considerables trastornos de la conciencia, los cuales suelen ir

acompañados de ilusiones, particularmente en la esfera de la visión (macropsia, micropsia, cromopsia); en este estado, las visiones suelen ser de naturaleza terrorífica, a menudo pequeños animales en tropel. Frecuentemente hay alucinaciones cenestéticas.

En general los signos del cocainismo son muchísimo más graves que los del morfinismo. Los morfinómanos tardan mucho más en hacer patentes los signos de su trastorno mental y pueden ocultar lo morboso durante más largo tiempo. En los cocainómanos, esta facultad dura relativamente poco.

\* \* \*

Con esto daré por terminada esta disertación, pidiendo a todos que me perdonen por las deficiencias involuntarias que seguramente he cometido.

*Polión Buxó de Izaguirre.*

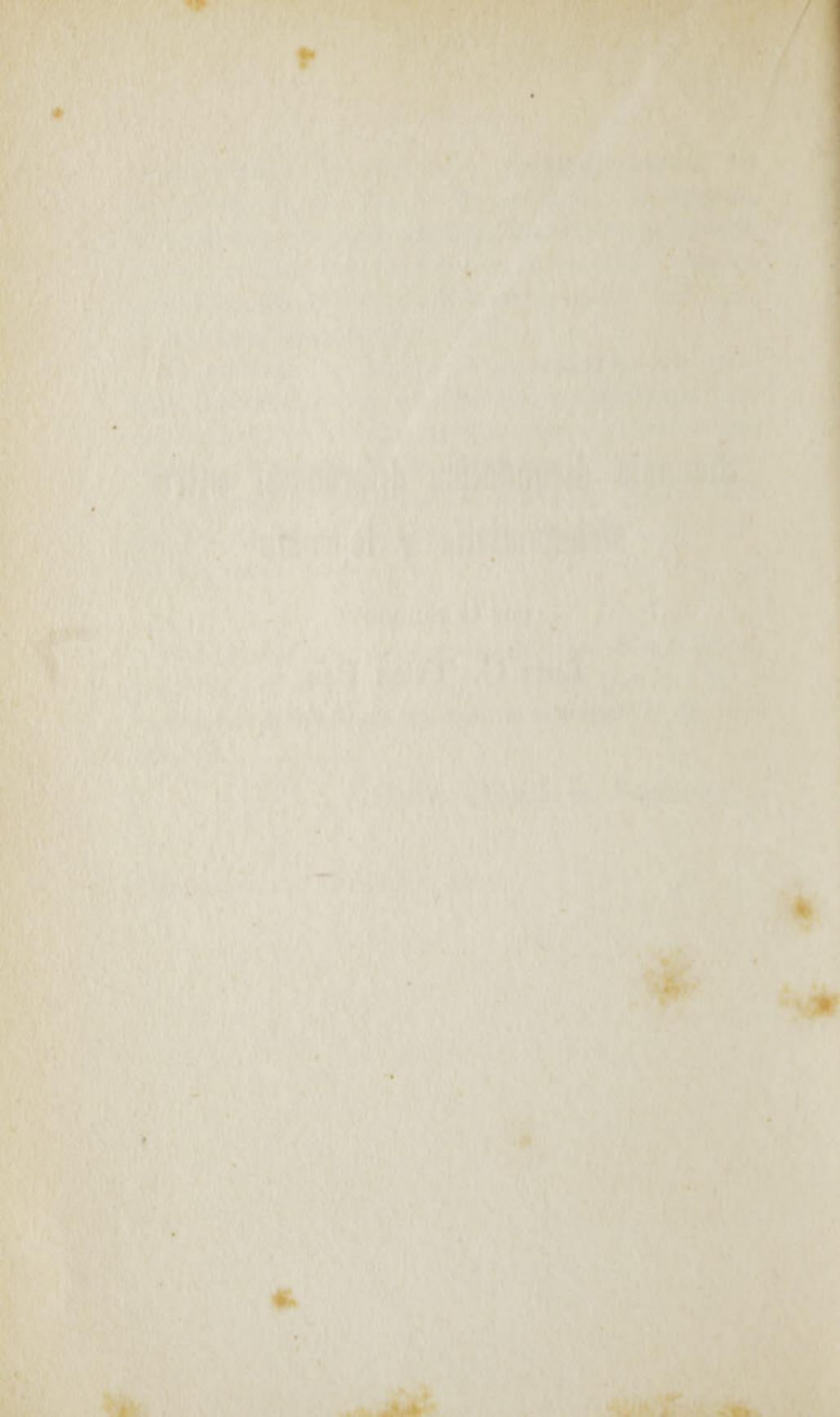
Barcelona 28 Febrero 1918.

Sinopsis diagnóstica diferencial entre  
siringomielia y leprosis

por el alumno

**Luis G. Trias Bes**

Interno de la Clínica del Dr. G. Prats



## Sinopsis diagnóstica diferencial

### entre siringomielia y leprosis

Los temas con que nuestro eminente maestro el Dr. González Prats ha querido sancionar las matrículas de honor en el último curso de nuestra carrera, constituyen sin duda alguna el más bello finiquito de la intensa e ininterrumpida labor académica que mancomunadamente hemos venido realizando en los tres cursos de Patología Interna.

El plan pedagógico, altamente analítico y crítico, impuesto por nuestro maestro en el sentido de despertar dormidas iniciativas estimulando a la vez nuestro sentido crítico, se encuentra íntegramente condensado en los cinco temas, armas del torneo para la suprema calificación.

No son solos, el indiscutible interés clínico y su palpitante actualidad, las únicas virtudes que los avaloran; todo ello tiene una significación secundaria si se prescinde de la intencionalidad que envuelven los cinco temas, la cual les imprime una positiva valoración filosófica aparte de su significación estrictamente médica.

Un alto problema de diferenciación clínica se halla contenido en cada uno de ellos, y en al-

guno, como el que yo me propongo desarrollar, tiene aquel problema especiales caracteres por los que los clínicos más eminentes no muestran aquella unánime conformidad para que pueda considerársele como definitivamente resuelto.

Este insinuante aspecto crítico del tema, es en realidad el motivo que me ha decidido a adoptarlo y para cuyo desarrollo me creo obligado a pedir benevolencia.

### TRES ASPECTOS DEL TEMA

Aun cuando el tema cuyo desarrollo voy a intentar, fija taxativamente un juicio comparativo entre dos términos, cuales son el de Siringomielia y Leprosis, yo acierto a ver en él tres interesantes cuestiones clínicas y que en realidad constituyen tres aspectos inseparables de un mismo hecho clínico.

Yo no creo que la significación del tema estribé únicamente en diferenciar la Siringomielia de la Lepra, por cuanto cabe preguntar no ya si la Siringomielia es una manifestación netamente leprósica, sino incluso si la Siringomielia es un síndrome nervioso aislado capaz de presentarse no ya sólo en aquel morbosismo infeccioso, sino también en diversas afecciones medulares de la misma manera que el síncope es manifestación sindrómica de diversas afecciones cardiovasculares.

A mi entender pues, este trabajo debe abarcar tres cuestiones precisas y bien determinadas, a saber:

1º ¿La Siringomielia es síndrome?

2º ¿La Siringomielia es entidad morbosa con personalidad propia?

3º ¿Cabe diferenciar clínicamente la Siringomielia de la Lepra?

Esta distinción tiene una ideación lógica indiscutible. Si demostramos que la Siringomielia no es síndrome y sí una enfermedad medular con perfecta independencia nosológica, queda entonces planteada sobre sólidas bases la cuestión nervio de este trabajo cual es establecer la sinopsis diagnóstica diferencial entre la Siringomielia y la Lepra.

Bajo esta pauta he de amoldar, desde luego, el desarrollo de la labor que me he impuesto.

## EXISTENCIA DE LA SIRINGOMIELIA Y DEL SÍNDROME SIRINGOMIÉLICO

La doble existencia de la entidad nosológica Siringomielia y la de un síndrome de ella derivado es hoy un hecho clínico indiscutible.

No tiene pues razón de existencia la pretendida oposición entre ambos conceptos ni la exclusión de ninguno de ellos.

En efecto, existe y es reconocido por todos los tratados de neuropatología un síndrome nervioso, llamado siringomiélico, capaz de presentarse en diferentes afecciones medulares. Está constituido este síndrome por una serie de trastornos de la sensibilidad y del trofismo, caracterizados por la abolición de las sensaciones térmi-

ca y dolorosa y lesiones atróficas de las extremidades.

Muy frecuentemente falta el último factor, quedando solamente el desdoblamiento sensitivo como síntoma único.

El desdoblamiento siringomiélico se presenta en general, en todas aquellas afecciones que por un mecanismo u otro se origina una neoformación de cavidades en plena substancia medular, o bien sufre un aumento anormal de volumen el conducto central llevando como consecuencia la degeneración de determinados haces medulares.

Vemos, pues, presentarse el desdoblamiento siringomiélico en los traumatismos medulares seguidos de hematomielia, en la paquimeningitis cervical hipertrófica, en los tumores medulares (gliomas) seguidos de degeneración quística, etc. Tampoco es raro que aparezca la disociación de la sensibilidad en algunos casos de tabes.

La aparición, sin embargo, del síndrome siringomiélico en las afecciones medulares que acabo de citar, es un fenómeno secundario dentro del cuadro sintomático particular de cada afección; y en cada caso responderá a una etiología y patogenia distinta.

El substractum anátomo-patológico es también muy variable como consecuencia de la diferente causalidad, y así vemos que en las hematomielias existe según Minor una mayor tensión líquida en el conducto ependimario con hemorragia intersticial de una parte (generalmente la posterior) del cilindro medular. En los

gliomas quísticos medulares hay una degeneración cavitaria del neoplasma que indirectamente actúa de agente compresor de los cordones de la médula.

Este desdoblamiento sensitivo que lo vemos presentar como síntoma aislado en distintas enfermedades medulares, tiene una constante realidad junto con otros síntomas nerviosos en la enfermedad conocida por Siringomielia.

La base etiológica y anatomo-patológica siempre idéntica en esta afección es la afirmación de su existencia como proceso patológico medular perfectamente autónomo.

Caracterízase la Siringomielia por tres órdenes de síntomas :trastornos musculares, sensitivos y tróficos.

Entre los primeros ocupan lugar preminente las atrofiás musculares de carácter progresivo localizadas en las extremidades superiores, iniciándose primero por la mano y propagándose más tarde a los músculos del antebrazo y brazo. Pueden también afectarse los músculos respiratorios y los del hombro.

Los trastornos sensitivos están caracterizados por un hecho predominante, la tantas veces citada disociación siringomiélica a la que ya hemos hecho referencia. Ampliando los caracteres de este síntoma, es de notar, que la perturbación estriba en una analgesia y termoanestesia con integridad más o menos absoluta de la sensibilidad táctil.

La sensibilidad para el dolor puede faltar completamente en regiones más o menos circuns-

critas, de modo que hasta las irritaciones muy intensas no provocan dolor alguno; por lo menos es frecuente que las sensaciones dolorosas estén disminuídas en alto grado. Esta disminución de la sensibilidad para el dolor, que a menudo se manifiesta muy tempranamente, desempeña un gran papel en la patogenia de otros síntomas de la siringomielia (panadizos, fracturas, etc.).

La termoanestesia, en los grados ligeros, se reconoce por el hecho de que el enfermo percibe con menos seguridad que normalmente las diferencias de temperatura, sobre todo cuando obran a un tiempo dos excitaciones térmicas. Muchas veces esta alteración sensitiva tiene lugar solamente por lo que se refiere a ciertos límites de la escala termométrica; enfermos hay que perciben todavía de un modo relativamente bueno los grados medios de calor y frío, pero tienen muy poca seguridad para juzgar de las temperaturas extremas o a la inversa.

Cuando aumentan en mayor grado las alteraciones sensitivas, no aprecia el enfermo ni las diferencias considerables de temperatura, llegando, finalmente, hasta no distinguir ya más el frío del calor. A menudo se observan en el cuerpo del paciente, numerosas cicatrices de quemaduras, constituyendo éstas una evidente prueba de la existencia de la termoanestesia.

La sensibilidad táctil puede, quedar intacta, o sufrir solamente ligeras anomalías. Vemos, por ejemplo, trastornos en la localización de las sensaciones, inseguridad en la percepción de la cla-

se de contactos, perturbación de la propiedad de formarse concepto del grado de las presiones, etcétera; también el sentido de las presiones puede comportarse de distinta manera en las partes superficiales de la piel que en las profundas.

Es además importante la manera de estar distribuídos los desórdenes sensitivos. En correspondencia con el sitio en que la Siringomielia tiene su asiento más frecuente, esto es, en la médula cervical o en la parte superior de la dorsal, las perturbaciones de la sensibilidad se observan en las partes superiores del cuerpo, sobre todo en las extremidades superiores, en el cuello y en las porciones más elevadas del tronco: en los casos en que la afección sólo se ha iniciado, pueden hasta limitarse los trastornos por más o menos tiempo, a un lado del cuerpo. Si la formación de cavidades se extiende a la médula dorsal, y llega a alcanzar la lumbar, entonces participan también de la enfermedad, como es natural, las partes bajas del tronco y extremidades inferiores.

Hemos dicho ya que la Siringomielia, aparte de la sintomatología clara y precisa que le es propia, tiene también una base anátomo-patológica perfectamente caracterizada y que basta ella sola para individualizarla como entidad morbosa.

No nos parece oportuno trasladar aquí un detallado estudio anatómico y patogénico de la afección, sobre ello insistiremos al establecer el diagnóstico diferencial con la Lepra; únicamente diremos que la Siringomielia tiene como

rasgo anatómico característico la presencia de cavidades de variable tamaño en la médula, las cuales se encuentran en primer término en las porciones superiores del órgano medular, en la parte media e inferior de la médula cervical, así como en la parte superior de la porción dorsal. En varios casos se extienden las cavidades a la totalidad de la médula, descendiendo desde la parte cervical a la lumbar, y a veces de un modo discontinuo, de modo que se aprecian varias cavidades separadas unas de otras.

Con la breve exposición clínica que acabo de esbozar, creo haber demostrado el derecho que tiene la siringomielia a figurar como entidad morbosa en la patología medular. El hecho de que exista el síntoma sensitivo siringomiélico en otras afecciones, nada significa para que la siringomielia deje de perder su individualidad clínica.

Resta ahora resolver el aspecto más complicado del *problema siringomiélico* cual es su diferenciación con la Lepra.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE SIRINGOMIELIA Y LEPROSIS

Digamos ante todo, como vía aclaratoria, que al tratar de la Lepra en sus relaciones con la Siringomielia, nos referimos única y exclusivamente a la forma nerviosa o anestésica, pues las formas tuberosa y mixta no ofrecen confusión alguna con aquella afección medular.

La sinopsis diagnóstica diferencial entre la Leprosis y la Siringomielia, reviste las proporciones de un árduo problema clínico cuya complejidad está perfectamente justificada.

Negar que la Lepra anestésica tiene grandes puntos de contacto con la Siringomielia en su fenomenología clínica es algo que en buen criterio médico no puede sostenerse.

Es por ello que aun cuando la mayoría de los internistas estén de acuerdo en diferenciar los dos procesos, no falte un respetable número integrado principalmente por los dermatólogos que sostengan en todos sus aspectos las teorías unitaristas de DEYCKE BAJA y RESCHAD BEY.

La cuestión Siringomielia y Lepra, encarna en realidad dos puntos de verdadera importancia. Por un lado la lucha de escuela que da al asunto un positivo aspecto médico filosófico y por otra parte la dificultad en el diagnóstico diferencial de los dos procesos que coloca al médico internista ante un magno problema clínico a resolver. Hay más todavía, creo yo que cabe en lo posible la existencia de casos en los que no sea factible diferenciar los dos procesos y el clínico se halle ante la enojosa duda de si está en realidad frente de un caso de Siringomielia o de Leprosis.

Son los casos atípicos que cita ROSTOSKY de Dresden y a los cuales creo pueden agregarse la *pseudo-lepra* descrita por PLENH y el llamado *panadizo* de MORVAN.

La identidad, ni siquiera relativa, de los dos procesos no tiene una base sólida sobre la que

pueda fundamentarse. A pesar de la gran similitud de su fenomenología clínica puede afirmarse sin temor, que el diagnóstico diferencial entre la Siringomielia y la Lepra es siempre posible fuera de aquellos casos excepcionales en que los dos procesos aparecen conjuntamente en un mismo individuo.

Este va a ser mi intento en lo que resta de este trabajo.

Etiológicamente las dos afecciones aparecen separadas por una barrera infranqueable. En efecto, la Lepra tiene una etiología microbiana perfectamente demostrada y en cuyos detalles no he de insistir. El bacilo de HANSEN puede comprobarse en las secreciones nasales, en la saliva, en la sangre y en la piel de los individuos afectados, pudiendo transmitirse por contagio, según las opiniones más recientes.

¿Cuál es la etiología de la Siringomielia?

Digamos ante todo, que se trata de una enfermedad amicrobiana, atestiguándolo así los exámenes histológicos y bacteriológicos cuyo resultado ha sido siempre negativo. Por otra parte, la etiología de la Siringomielia está bastante bien caracterizada en sus puntos esenciales.

Se había dado antiguamente una marcada importancia a la sífilis, al alcoholismo y a las taras orgánicas en la causalidad de la Siringomielia; hoy se sabe perfectamente que esta dolencia se desenvuelve sobre la base de un estigma congénito, al verificarse la oclusión del tubo medular en los primeros estadios del desarrollo embrionario.

Como causa determinante del proceso, todos los autores están contestes en dar a los traumatismos una significación importantísima. Solo así se explica la preferencia que tiene la Siringomielia para las edades juvenil y adulta y para las clases obreras y trabajadoras.

La gran diferencia entre la etiología de los dos procesos que estamos estudiando es verdaderamente notable y ello lleva aparejada una diferencia patogénica no menos demostrativa.

Avanzando ideas, diré que los trastornos nerviosos de la Lepra anestésica tienen una iniciación periférica, no así en la Siringomielia donde las modificaciones sensitivas y motoras tienen un *primum movens* central.

Difícil es precisar el punto inicial de la infección leprósica, pero sea por la mucosa nasal como pretenden algunos autores o bien por la piel u otras mucosas, el hecho es que la infección tiene lugar en la periferie. Apenas estatuida la primera manifestación leprósica cutánea, (mancha, o tubérculo o vesícula-penfigoide) demostración de la invasión bacilar, prodúcese una neuritis primero periférica y luego ascendente a lo largo de los cordones nerviosos hasta los centros. Esta neuritis evoluciona en dos fases: de irritación y de degeneración, caracterizándose la primera por las neuralgias y los dolores tan típicos en los primeros períodos de la Lepra anestésica. Es la fase hiperestésica.

La fase degenerativa caracterizada por la pérdida de las condiciones anatomo-fisiológicas de la fibra nerviosa como consecuencia del proceso

irritativo, se manifiesta por los trastornos de la sensibilidad que llegan a un máximum cuando el proceso degenerativo ha invadido los cordones medulares, de preferencia los posteriores según las observaciones de LIE y PIERRE MARIE. Sintomatológicamente considerada es esta la fase anestésica que sigue a la anterior.

En la Siringomielia no es ésta la patogenia de los trastornos sensitivo-motores. Tienen estos un origen primitivamente central, siendo lo más probable que su base anatómica se halle determinada por un desarrollo superabundante congénito de la neuroglia (gliosis), la cual entraría en destrucción degenerativa cavitaria secundariamente. Sin embargo ha de tenerse en cuenta, que dicha destrucción del tejido neuróglíco puede tener lugar de un modo primario por causas hasta el momento desconocidas (alteraciones vasculares?). Además, debe aceptarse, que se puede desarrollar una Siringomielia a causa de hemorragias de origen traumático, siendo el mecanismo de estas alteraciones anatómicas análogo al de los quistes cerebrales apopléticos. Las cavidades producidas se desarrollan de preferencia en la parte dorsal del perímetro de la médula, es decir, en la porción situada por detrás del canal central. Puede dicha cavidad estar representada por una estrecha hendedura que afecta la parte posterior de la substancia gris (hasta posterior y comisura gris), estando limitada a un lado mientras que en otros casos alcanza el hueco un gran perímetro interesando ambas astas posteriores, las astas anteriores y

gran parte de los cordones posteriores. Finalmente, puede la formación cavitaria ser tan extraordinaria que la substancia medular quede reducida a un delgado anillo.

Resumiendo lo expuesto, tiene gran relieve el hecho esencial de que las lesiones nerviosas de la Lepra se produzcan como consecuencia de una degeneración ascendente inicialmente periférica, mientras en la Siringomielia la lesión es inicialmente central.

Una vez expuesta la diferencia etiológica y patogénica tan evidente de los dos procesos, hasta el punto de hacerlos inconfundibles, queda todavía en pié lo que podríamos llamar cuestión batallona, dentro de la sinopsis diagnóstica diferencial entre la Siringomielia y la Lepra. Me refiero al aspecto estrictamente clínico del problema, a la diferenciación sintomatológica, asunto realmente dificultoso y en último término, el único que interesa de un modo positivo al médico internista.

Las formas clásicas, afortunadamente las más, no engendran confusión alguna, son aquellas formas atípicas en las que se nota la ausencia de determinados síntomas o bien su correlativa aparición no guarda los caracteres normales, las únicas capaces de inducir al error.

Comenzando nuestra empresa por las formas clásicas de Siringomielia y Lepra, se advierte que los dos procesos aparecen distintamente diferenciados en sus comienzos.

La Lepra anestésica tiene generalmente un período prodrómico, aun cuando éste no sea tan

evidente como en la forma tuberosa. Este período viene representado por la fiebre con escalofrío, infarto ganglionar e hiperestesia generalizada de la piel y mucosas. Otro síntoma que casi nunca falta en el período inicial de la Lepra anestésica es el dolor neurálgico que atormenta a los enfermos, particularmente por la noche. La hiperestesia que hace insoportable el más pequeño contacto y estas neuralgias profundas constituyen una fase de hipersensibilidad inicial característica.

El comienzo evolutivo de la Siringomielia se desenvuelve dentro de un cuadro mucho menos aparatoso. Es una enfermedad que se inicia sórdidamente y su evolución se hace esencialmente crónica.

Los prodromos agudos, fiebre, escalofrío e hiperestesia no existen, a menos que a la entidad siringomiélica se sobreañada un proceso infectivo que venga a complicar el cuadro.

Tan sórdida y tan calladamente evoluciona la Siringomielia en sus comienzos, que es un hecho muy frecuente ver acudir al siringomiélico a la consulta de un facultativo por lo que él cree un panadizo, cuando en realidad no es sino una de las manifestaciones tróficas de un estadio relativamente avanzado de la enfermedad. El médico advierte en estos casos alteraciones de la sensibilidad y atrofiás musculares sobre las que el enfermo no se había dado cuenta.

Siguiendo a los dos procesos en su curso evolutivo, vemos aparecer en la Lepra casi formando parte de la sintomatología inicial, los tras-

tornos tróficos cutáneos característicos. Comienzan estos, por brotes eritematosos con la producción de manchas de color rojo, algunas veces con notable pigmentación. A las manchas sigue la aparición de vesículas de aspecto penfigóide, es el pénfigo leproso, caracterizado por vesículas de contenido líquido amarillento y cuya desaparición da lugar a manchas acrómicas o costras y casi siempre cicatrices. Los fenómenos agudos e hiperestésicos generales no tardan en amainar para dar paso al período anastésico del que nos ocuparemos más abajo y que constituye el último período de la Lepra nerviosa.

Volviendo a la Siringomielia advertiremos que los trastornos tróficos tienen en esta afección una aparición francamente tardía, a diferencia de la Lepra en que son síntomas de comienzo. En efecto, todos los autores reconocen que los panadizos, flemones y las graves mutilaciones de las extremidades a que llegan gran número de siringomiélicos vienen determinadas por los trastornos de la sensibilidad que roban al paciente la más importante de sus defensas contra los traumas cual es la reacción táctil y dolorosa. Todo ello viene agravado por perturbaciones vasomotorias cutáneas que colocan a la piel como *locus minorae resistantiae*.

Los trastornos tróficos, concretando conceptos, aparecen en la Siringomielia posteriormente a las alteraciones motores y sensitivas como consecuencia de estos trastornos; no así en la Lepra en donde tienen un brote inicial manifestado por el penfigo, sin que ello signifique

que más tarde no aparezcan también en la Leprosis análogos trastornos a los siringomiélicos.

La distinción de los trastornos nerviosos en el período anestésico de la Siringomielia y de la Lepra, tienen una importancia clínica excepcional y sobre ellos hemos de fijar la atención.

En ambos procesos existen marcados trastornos de la sensibilidad sin que falten ni en uno ni en otro el desdoblamiento siringomiélico; pero es muy distinta la manera de estar distribuídas las zonas anestésicas en los dos casos.

En la Lepra comienza la anestesia por las manos y los pies, apareciendo zonas anestésicas, por ejemplo, en la cara cubital de la mano hasta la flexura del codo, y anestésias en la región peroneal o tibial, que van extendiéndose progresivamente. Casi sin excepción, las zonas anestésicas están distribuídas con simetría; raras veces la distribución es asimétrica. Por encima de las zonas anestésicas se observan a menudo hiperestésias, muchas veces con disociación de la sensibilidad. Igualmente es casi constante un retardo de la sensibilidad, sobre todo de la sensibilidad térmica.

Las perturbaciones sensitivas de la Siringomielia, se reparten en cambio en *zonas lineales*, que corresponden a la disposición sensitiva segmentaria de la médula. De consiguiente, encontramos en las extremidades, zonas anestésicas paralelas al eje longitudinal de aquellas, mientras que en el tronco, dichos territorios anestésicos están limitados por líneas de forma circu-

lar, que abarcan el tórax. Si a las zonas insensibles de las extremidades juntamos las del tronco, tendremos el dispositivo anestésico llamado *en chaleco*. En algunos casos se ha observado también una disposición de la anestesia por miembros enteros como en el histerismo. Resulta también curioso el hecho de existir cierta disociación en la distribución de las perturbaciones de cada una de las diferentes clases de sensibilidad; de modo que la zona que corresponde a la alteración de una de las calidades sensitivas, no coincide con las que corresponden a otro orden de sensaciones.

Con lo que antecede queda perfectamente especificado el hecho de que la distribución de la sensibilidad en la Siringomielia y Lepra es enteramente distinta; pero aparte de esta circunstancia no podemos olvidar que en la Siringomielia suelen acompañar a los trastornos sensitivos, profundas alteraciones motoras determinadas por extensas regiones musculares atrofiadas. Los músculos afectados presentan asimismo un temblor fibrilar, sin reacción eléctrica de degeneración. Estos trastornos motrices ocupan en la Leprosis un lugar secundario cuando su ausencia no es absoluta.

Otro carácter al cual yo doy un innegable valor diferenciativo es la presencia en la Siringomielia de trastornos dependientes del décimo y duodécimo pares craneales, trastornos óculo-motores manifestados por nistagmus, anisocoria y atrofia del nervio óptico. Teniendo todavía mayor interés si cabe, los fenómenos

netamente bulbares, casi siempre unilaterales, consistentes en vértigos, taquicardias, trastornos respiratorios, poliuria y glucosuria.

En la Lepra anestésica los trastornos bulbo cerebrales quedan reducidos a una parálisis facial periférica, *bilateral*, con especial participación de la rama frontal.

Además el reflejo óculo-cardíaco es más intensamente positivo en la Siringomielia con marcada tendencia excitatriz de las funciones orgánicas que asientan en el bulbo. Finalmente en la Siringomielia suelen ofrecerse trastornos génito-urinarios de carácter vesical unos y en el sentido de disminuir progresivamente la potencia sexual otros, que no se presentan en la Lepra.

Cumple poner fin a esta SINOPSIS DIFERENCIAL con algo que constituye el elemento diagnóstico heróico de los dos procesos y al cual he reservado el postrer lugar en mi trabajo, no en sentido de inferioridad, sino antes al contrario, por ser el supremo recurso de diagnóstico a que puede echar mano el clínico para diferenciar aquellas formas atípicas a que me referí al principio de este trabajo y en las que la sintomatología desordenada y poco precisa puede dar lugar a confusión. Me refiero al examen histobacteriológico el cual tiene un valor definitivo en la Leprosis a la par que fracasa ruidosamente en la Siringomielia cuyo carácter amicrobiano está absolutamente fuera de duda.

Como punto final y a la vez como resumen de cuanto hemos expuesto, insertamos a continuación un cuadro esquemático diferencial.