

A PROPOSITO DE UNA TRIPLE ASOCIACION: PARALISIS GENERAL, TABES Y DIABETES INSIPIDA

Por el doctor *Alberto Hernández*, Profesor encargado de la cátedra de Patología Médica.

El 21 de noviembre de 1941 entra al servicio de clínica a mi cargo, un agricultor de 37 años, soltero, natural de Tausa y en el cual por razones de índole mental es más que imposible precisar en qué época aproximada comenzaron los múltiples desórdenes que obligaron a sus parientes a traerlo al hospital.

El enfermo en efecto, sonriente y amable en el momento en que lo examinamos por primera vez, nos dice que ha venido a "esta casa" por el sólo motivo de que se encuentra un poco débil como consecuencia de que "siendo el mayor de la familia, siempre ha tenido que trabajar duro para poder mantener a sus cinco hermanos". Nos vuelve a repetir que es el mayor de la familia, etc., etc., agregando que en su pueblo nadie tuvo jamás la fuerza que él tiene ni que nadie tampoco, era capaz de subir de un sólo golpe sobre el lomo de un caballo, tercios pesadísimos, como él lo hacía "con la gran facilidad", "como si nada".

Al referirnos ésto Julio, pues así se llama nuestro enfermo, se sonríe todavía con aire más satisfecho y mira a sus vecinos como para cerciorarse del efecto que sus palabras han causado sobre ellos.

Dentro de algunos días, continúa Julio y cuando me hayan alimentado bien, volveré de nuevo a mi trabajo pues me siento admirablemente y lleno de salud a pesar de que "como soy el mayor de la familia", etc., etc., siempre esté un poco débil y necesite algún reposo.

Al preguntarle la edad nos dice que debe tener unos sesenta años; su palabra es difícil, disártrica; ignora la fecha, el día y aún el año. Su memoria por los acontecimientos pasados está bastante perturbada y no reconoce el lugar donde se encuentra, pues lo denomina simplemente "casa de reposo" donde habrá de curarse de su "debilidad".

Su raciocinio es completamente absurdo; la atención muy mediocre, la asociación de ideas más que pobre y ha perdido totalmen-

te la autocrítica, pues como veremos dentro de un instante, hay en este enfermo algo más que un simple estado de "debilidad" que él ignora por completo y de lo cual no se preocupa en lo más mínimo. Lo único que el enfermo sabe escribir es la palabra Julio y cuando le rogamos que lo haga, escribe con mucha vacilación y en forma temblorosa la palabra "Julio". Le hacemos notar que ha olvidado la "L" y entonces sonrío, trata de borrar lo escrito con el dedo untado de saliva, vuelve a sonreír y dice: "es que estoy débil, porque como soy el mayor de la familia" etc., etc.

Al examinarle las pupilas, las vemos perfectamente regulares, en miosis más que en midriasis pero descubrimos un clásico signo de Argyl. En la marcha Julio vacila, lanza los pies bruscamente hacia adelante dejando luego caer pesadamente el talón contra el suelo y apartándose por momentos de la línea por donde le hemos dicho que camine. Notamos igualmente que al caminar, no aparta sus ojos un instante de sus pies. Le ordenamos que dé la vuelta bruscamente cerrando los ojos; Julio obedece pero pierde instantáneamente el equilibrio y hubiera caído si no se tiene de una de las camas.

El signo de Romberg se muestra igualmente positivo. Le volvemos a preguntar la edad y nos responde que tendrá unos veintidós años.

Los reflejos tendinosos están completamente abolidos en los miembros inferiores y bastante disminuídos en los superiores. El cutáneo abdominal existe lo mismo que el cremasteriano del lado derecho; no hay signo de Babinsky ni de Schaffer ni de Oppenheim. El signo de Rossolimo es negativo.

La sensibilidad táctil está abolida; la sensibilidad dolorosa no parece muy alterada; la térmica un poco retardada.

El sentido de posición de los miembros y de las articulaciones está abolido; la noción de peso de los objetos muy perturbada y el sentido estereognóstico bastante alterado pues ni siquiera una moneda es capaz de reconocer y una caja de fósforos únicamente haciéndola sonar.

El tono muscular está muy disminuído; no hay desórdenes esfinterianos.

Pero Julio tiene algo más y es que a cada momento solicita que le den agua pues padece de una sed devoradora y cuando por cualquier causa se demoran en complacerlo, entonces *se bebe la Orina* la cual elimina en cantidades alarmantes.

La medición que hicimos practicar después de un riguroso control del enfermo, nos dió como resultado que Julio bebe exactamente nueve litros de agua en veinticuatro horas y que tiene una eliminación urinaria de ocho litros y medio en el mismo tiempo. Esta orina es clara transparente, sin sedimentos de ninguna especie y

no contiene glucosa ni albúmina. La cantidad de urea eliminada es de un gramo con noventa centigramos por litro o sean diez y siete gramos con diez centigramos en las veinticuatro horas. La glucemia es de 1,25 gramos por litro. El Wassermann y el Kahn en la sangre son negativos. Las reacciones del líquido cefalorraquídeo dan 0,30 gramos de albúmina; reacción de Pandy para las globulinas, positiva débil; reacción de Fehling normal; reacción del Benjuí Coloidal, 0 0 0 0 0 2 2 1 1 1 0 0 0 0; Reacción de Wassermann, negativa; recuento globular, no se hizo.

En resumen, nuestro enfermo presenta una decadencia muy marcada de todas y cada una de sus facultades intelectuales, una desorientación en el tiempo y en el espacio, ideas expansivas, ligeramente megalománicas, un relajamiento considerable de la moralidad que por el momento no se manifiesta sino por el descuido higiénico de su persona y por el hecho de que se bebe su misma orina. Si a todo esto le agregamos la pérdida casi total de la autocritica, la disartria y el signo de Argyl tendremos que Julio está haciendo una *parálisis general progresiva*.

Por otra parte, la ataxia locomotriz, muy diferente de la ataxia cerebelosa, la abolición de los reflejos tendinosos, la conservación del reflejo cutáneo abdominal, la hipotonicidad, el signo de Romberg positivo, el de Babinsky negativo, los dolores fulgurantes, la abolición de la sensibilidad táctil, la conservación de la sensibilidad dolorosa y térmica, la abolición de la sensibilidad profunda y del sentido estereognóstico, nos hacen suponer que Julio, además de su *parálisis general*, tiene *un tabes*.

Respecto a los pocos datos que nos da el líquido céfalorraquídeo, diré solamente y para no alargarme demasiado que todos los neurólogos modernos están de acuerdo en que en los casos demasado avanzados de sífilis nerviosa en general, dichos datos son muy discutibles y en ninguna manera contradicen los resultados de la clínica. Esto mismo nos enseñó el más alto exponente de la neuropsiquiatría colombiana, profesor Maximiliano Rueda cuando tuve el honor de ser su Jefe de Clínica en la cátedra de Enfermedades Nerviosas y Mentales.

Y por último, la abundantísima poliuria y la enorme polidipsia sin polifagia, sin glucosuria, sin hiperglucemia y sin hiperazoturia nos hacen creer que este enfermo presenta además de su *parálisis general* y de su *tabes*, una lesión sifilítica de su hipófisis posterior que ha producido esta tan manifiesta *Diabetes insípida*.

Recordaré además que Julio tiene una estatura de 1,62 mts.; que es robusto sin ser musculado y sin estar edematizado y que tiene un rostro un poco más grande y ancho de lo normal, con los pómulos salientes, la mandíbula ancha y en ligero prognatismo, la len-

gua ligeramente hipertrofiada y una muy ligera incurvación de la columna vertebral. Sus manos son anchas y pequeñas pero sus dedos son casi dos veces más anchos que normalmente. En otras palabras, Julio presenta un ligero aspecto *acromegaloide* y sin embargo las radiografías del cráneo no mostraron ninguna alteración de la silla turca. La búsqueda del bacilo de Hansen en la linfa y en el moco nasal fueron igualmente negativas.

El enfermo presenta en el abdomen una cicatriz de laparotomía que fué sin duda practicada hace muchos años con la idea de encontrar una úlcera gástrica pero lo más probable es que no se tratara sino del comienzo de su tabes bajo la forma de las bien conocidas "crisis gástricas".

Así pues, tenemos reunidas en un mismo enfermo tres entidades diferentes: una parálisis general progresiva, un tabes y una diabetes insípida de origen hipofisiario. En la literatura se encuentran casos de asociaciones entre el tabes y la parálisis general pero hasta ahora no he tenido ningún conocimiento de cualquier publicación en que además se encuentre la diabetes insípida. De ahí el interés de esta historia clínica y el por qué me haya decidido a publicarla.

La causa de esta triple asociación, nadie dudará que es la sífilis a pesar de la negatividad de los resultados del laboratorio.

* * *

Cinco meses después de haber tratado a Julio como específico, volvemos a practicar el examen mental, neurológico y endocrino en compañía de varios estudiantes de la clínica semiológica y encontramos que se ha producido una verdadera transformación.

Desde el punto de vista mental, todavía persisten, aunque atenuadas, sus ideas expansivas y ya no repite a cada instante que es el mayor de la familia, etc., etc. Ya sabe que está en un hospital y no en una casa de reposo. La memoria ha mejorado muy poco, no ha vuelto a beberse la orina y de vez en cuando y por su propia iniciativa se baña el cuerpo y pide permiso para ir a hacerse afeitar y cortar el cabello.

La disartria desapareció. Comete los mismos errores de escritura. El signo de Argyl ya no es tan neto como al principio, pues existe una ligerísima reacción a la luz. Los reflejos tendinosos continúan abolidos. La marcha ya no es atáxica ni tiene que ser controlada por la vista; Julio marcha erguido y muy correctamente. Lo único que conserva es un ligero desequilibrio al dar la vuelta bruscamente. El signo de Romberg desapareció también; la sensibilidad táctil ha sido recobrada parcialmente; la sensibilidad dolo-

rosa está correcta; la térmica sigue un poco retardada pero correcta; la sensibilidad profunda se recobró totalmente; el sentido este-reognóstico mejoró en un 90% ya que el único error que Julio comete es el de confundir una moneda de veinte centavos con una de cinco, y una de diez con una de un centavo.

En cuanto a su diabetes insípida y *únicamente* con el tratamiento antisifilítico, también se obtuvieron grandes resultados, puesto que sometiéndolo al mismo control que al principio, la ingestión de agua no es sino de seis litros y la emisión urinaria de cinco litros y medio en las veinticuatro horas.

Esta es la prueba definitiva de que todo el cuadro clínico del enfermo tiene como única y exclusiva causa la sífilis.

Alberto Hernández