

Semiología* del Temblor

Por el Doctor-HUMBERTO DÍAZ

Las presentes líneas son el resumen de una lección, dada por el autor, en la cátedra de Clínica Médica 1er. año. Como se verá, no hay en ellas nada de original, todo queda dicho ya por los grandes investigadores y tratadistas; lo que se intenta aquí es simplificar, hasta donde es posible, el asunto que las ocupa y presentarlo así a los que se inician en el estudio de la semiología. Es, pues, a éstos a quienes va dedicada la publicación.

El temblor es un síntoma frecuente, que si bien es cierto que en muchos casos su estudio tiene una importancia muy secundaria, habrá otros, sobre todo en el terreno de la neurología, en que representará el trastorno funcional más notable, alrededor del cual girará el estudio clínico del enfermo.

Ante todo, trataremos de definirle: El temblor es un trastorno de orden motor, constituido por una serie de oscilaciones rítmicas, rápidas y de amplitud débil, que originan el desplazamiento involuntario de una o varias porciones del cuerpo, de su posición de equilibrio. En la generalidad de los casos podrá ser puesto en evidencia por la simple inspección del enfermo, pero también habrá, a menudo, necesidad de recurrir al auxilio de ciertos artificios o maniobras, no sólo para ponerlo en evidencia sino que para estudiar detalladamente sus principales caracteres. Así, además del recurso de ordenar al enfermo la ejecución de ciertos actos, como la "prueba del vaso de agua," la colocación del brazo en actitud de juramento y tocarse la nariz con la punta del dedo índice; puede ape-

cender gradualmente hasta los quince días en que cae la temperatura a la normal.

El tratamiento fue de dos gramos de quinina diarios por espacio de cuatro días, después un gramo diario hasta el décimo día.

Es de notar en esta enferma que por el tratamiento intenso de quinina se nos presentó al undécimo día una ambliopía quínica, por lo que tuvimos que suspender el tratamiento, pero ya cuando había salido del estado comatoso y que no había peligro de muerte para prescribírselo de nuevo cinco días después de este accidente en dosis menores. La enferma salió curada a los veinticinco días después de su ingreso al Hospital.

Manuel CACERES VIJIL.

Tegucigalpa, D. C., Agosto de 1943.

conocía: Temblores rápidos o vibratorios, que desarrollan 8 a 12 i vibraciones por segundo, como el del alcoholismo, de la Enfermedad de Basedow y de la Parálisis General Progresiva. Temblores medianos, con 6 a 8 oscilaciones por segundo, como se observa en el temblor neuropático, y temblores lentos, con 5 oscilaciones por segundo como en la Parálisis Agitante.

Es imprescindible, en el estudio de un individuo que acusa temblor, estudiar las circunstancias que influyen en dicho síntoma, ya que pueden modificarlo en forma diversa, las emociones, la fatiga, el sueño fisiológico, el estado de narcosis, ciertas actitudes y la ejecución de los movimientos voluntarios, sirviendo esta última circunstancia para establecer la clasificación quizá más conocida de los temblores: Cinéticos y estáticos, según que se presenten con ocasión de los movimientos voluntarios o en estado de reposo, clasificación acorde en su mayor parte con la noción anatomopatológica, ya que el temblor cinético (intencional) obedece siempre a una lesión cerebelosa y el estático a lesiones del cuerpo estriado.

Bajo el punto de vista de la evolución, se reconocen tres tipos: El progresivo, que es el carácter que presenta el de los parkinsonianos; el regresivo, cuyo tipo es el temblor emocional, y el migratorio en el que se incluye al temblor neuropático.

Ahora veamos, y este es el objeto principal de esta lección, cuáles son los estados morbosos que pueden dar origen al temblor y cuáles son las principales características que hay que tener en cuenta. Antes de invadir el terreno de la patología hay que tener presente que existen temblores fisiológicos, como el emocional y el que produce la fatiga muscular, siendo además, de carácter transitorio; en cuanto a causas morbosas, ocupan la primera línea las afecciones orgánicas del sistema nervioso, y para realizar la enumeración del caso nos atendremos a una de las clasificaciones ya mencionadas, ya que será cinético: En la Esclerosis en Placas, Enfermedad de Friedrich, heredoataxia cerebelosa, atrofia, tumores,

abcesos y reblandecimiento del cerebelo. El estático es el tipo del que caracteriza la Enfermedad de Parkinson y los síndromes parkinsonianos en general, además de presentarse en estado de reposo, va acompañado de rigidez, imprimiendo a los enfermos actitudes características que son descritas muy bien, por ser de antiguo conocidas, aun en los más elementales tratados de patología médica. Hay un tercer grupo que no es ni estático ni cinético, como sucede con el que acompaña a la Parálisis General Progresiva.

Otra causa importante de los temblores, la constituyen las intoxicaciones, ya endógenas o ya exógenas, entre las primeras figura como ejemplo el temblor de la Enfermedad de Basedow, en la que existe un estado de autointoxicación de origen disendocrínico. En cuanto a las intoxicaciones exógenas, demasiado conocido es que el alcoholismo, el hidrargirismo, el saturnismo y las intoxicaciones, crónicas principalmente, producidas por el tabaco, el té, el café, el opio, el cloral y la morfina, originan temblor.

Luego tenemos el grupo de los estados infecciosos, que aun, aparte del síndrome febril que producen y que por sí solo puede originar el temblor, constituyen frecuentemente la etiología, frecuente de este síntoma, comprobándose en la Fiebre Tifoidea, la Gripe, Nemonía, etc., etc.

Por último, mencionaremos el grupo constituido por los temblores debidos a un trastorno funcional puramente neuropático, entre los cuales está el temblor hereditario, el temblor senil y el temblor histérico. El hereditario, como su nombre lo indica, se presenta en una familia en individuos de distintas generaciones, ya en la infancia (temblor juvenil) o bien en la edad adulta o la vejez, siempre en sujetos con tara neuropática.

El temblor -senil es incluido por muchos tratadistas en el grupo anterior, tiene características por medio de las cuales se le puede diferenciar fácilmente de los demás temblores patológicos. Está constituido por oscilaciones poco frecuentes que se localizan en la cabeza, la que se anima de movimientos de dirección vertical en algunos casos (movimientos de afirmación o de saludo) u horizontal en otros (movimientos de negación). Puede localizarse también en la mandíbula, lo que hace que el enfermo dé la impresión de que mastica o habla entre dientes continuamente.

En cuanto al temblor histérico, hay que tener presente que así como los estados pitiáticos son capaces de simular cualquier estado I morboso que obedezca a lesión orgánica conocida, así el mencionado síntoma escapa a toda clasificación, puesto que puede presentar, de un caso a otro, los caracteres más variados y disímiles, teniendo entonces que basarse el diagnóstico en los antecedentes del enfermo y en el terreno en el cual se desarrolla.

Tegucigalpa, D. C., 12 de Agosto de 1943.

El Valor de la Investigación del Bacilo de Koch I en el Contenido Gástrico

Con este título, el Prof. Gumersindo Sayago, eminente Tisiólogo \ sudamericano, publica en la Revista Paulista de Tisiología, N° 5 de Septiembre y Octubre de 1942, un importante estudio sobre la investigación del bacilo de Koch en el contenido gástrico, investigación importantísima desde el punto de vista diagnóstico, pues si es cierto que la tuberculosis en plena evolución no es un problema,] dado lo fácil -de su diagnóstico, toda vez que, además de los síntomas clínicos, tos, expectoración, disnea, fiebre, sudores nocturnos, adelgazamiento, taquicardia, etc., el análisis de esputos y la radiografía pulmonar resuelven casi siempre dicho problema. Pero algunas veces apreciamos todo lo contrario y sobre todo en las formas enmascaradas de la tuberculosis infantil la cual a veces se presenta con el cuadro de una dispepsia o de una gastro-enteritis febril con demacración manifiesta e intolerancia gástrica para toda clase de alimentos; en estos casos, la experiencia o el fracaso de casos anteriores nos hace pensar en la posibilidad de la existencia de una infección tuberculosa y por consiguiente recurrimos a la investigación del bacilo de Koch. Desde luego, el método recomendado por el autor de referencia es de importancia capital, además de ser la investigación obligatoria para poder afirmar curación de tuberculosis, pues muchas veces se habla de curación clínica y radiológicamente, y sin embargo, la presencia de bacilos de I Koch en el contenido gástrico está indicando todo lo contrario. Por la importancia y el valor clínico de la investigación y su significación para el diagnóstico, pronóstico y profilaxis, extracto para I REVISTA MEDICA HONDUREÑA, los puntos más importantes de dicho estudio.

El autor de referencia para explicar el grado de contagiosidad de la tuberculosis, cita la clasificación de Braeuning, quien establece la división siguiente:

Tuberculosis abierta con abundancia o escasez de bacilos en todos los exámenes; tuberculosis cerradas con abundancia o pobreza de lesiones radiológicas. A pesar de que el término de tuberculosis cerrada hiciera presumir una falta absoluta de capacidad de contagio, debemos tener siempre presente que el número de niños infectados que conviven con Casos de la llamada tuberculosis cerrada, es importante, si bien menor con relación a los niños que conviven con casos de tuberculosis abierta. Niños alérgicos que conviven con enfermos tosedores (8&%) y con enfermos no tose dores (29.%) según datos recogidos por Braeuning y Benninght. El hallazgo del bacilo en el contenido gástrico ofrece mayor interés en el grupo de los infiltrados primarios y especialmente entre los llamados infiltrados secundarios a los que siempre se ha considerado como lesiones cerradas y, por tanto, desprovistas de todo valor in-

feccioso. En casi todos estos casos la inoculación ha dado resultados positivos de un modo persistente y prolongado. El hallazgo de bacilos en estas condiciones puede estar vinculado a los siguientes tipos lesionales:

a) Aquellos donde hay coexistencia de focos, pulmonares y ganglionares, con infiltración perifocal o sin ella; b) Aquellos donde sólo existen focos pulmonares o ganglionares aislados, con infiltración perifocal o sin ella; c) Aquellos donde todo foco ha desaparecido. Por todo lo expuesto, se comprende, que en todos los casos la eliminación del germen se encuentra vinculada a la existencia de un foco pulmonar abierto en forma constante o intermitente y es desde estos focos de donde se realiza el pasaje de las secreciones contaminadas hacia el estómago, como lo han demostrado Ulmar y Ornstein con sus investigaciones broncográficas. Es a raíz de estas investigaciones que a la noción del bacilo originado en un esputo deglutido, ha de agregarse aquélla del pasaje de las secreciones bronco-pulmonares al estómago en virtud de la peristalsis bronquial aislada. Por otra parte a la ausencia real de una imagen pulmonar, puede corresponder la existencia de una *ulceración bronquial, como fuente de gérmenes*. Esta es una cuestión planteada con base de hechos positivos en el adulto y confirmada en una serie de casos de tuberculosis de primo-infección entre adultos, acompañados de *ulceraciones bronquiales graves*. La persistencia prologada con que se constata la presencia del bacilo de Koch en el contenido gástrico de los casos de infiltrados primarios aún hasta 2 años después de la regresión total de los síntomas clínicos y aún radiológicos, obliga a ser cautos sobre el juicio de curación que debemos formular en el curso de estas lesiones. A la luz de estos conocimientos se comprende cuan difícil resulta decidir sobre la actividad de las lesiones primarias o post-primarias y en especial sobre su curación. Por todo lo expresado se deduce que el contenido gástrico debe ser investigado sistemáticamente en los siguientes casos: En todos los niños alérgicos antes de los dos años-; en todos los que presenten alteraciones pulmonares o hiliares sospechosas; en los alérgicos con bronquiectasias; en el curso del eritema nudoso y en los flictenulares y en el curso de la tuberculosis osteo-articular.

Esta investigación en el contenido gástrico de adultos, crea perspectivas insospechadas en el curso de la tuberculosis pulmonar, no sólo desde el punto de vista clínico, sino también desde el punto de vista epidemiológico, a partir del momento en que las investigaciones corrientes resultan negativas, principalmente en aquellos casos en que la expectoración desaparece. El valor del hallazgo positivo en esas condiciones, tiene como es sabido, un significado decisivo para el diagnóstico, en especial cuando ese hallazgo ha sido logrado después de la inoculación- al cobayo, ya que los casos de portadores sanos del bacilo de Koch deben ser considerados como inexistentes. La importancia de esta cuestión resulta mayor aún para formular un criterio de curación. Apreciamos bacterioscopia

negativa en los tuberculosos sometidos a tratamiento quirúrgico; sin embargo, el examen del contenido gástrico, *permite revelar la presencia de bacilo de Koch en el 93.5% de los casos. Y el hecho, resulta de una frecuencia tan -desconcertante, que todo induce a pensar, que el importante capítulo de la patología pulmonar-, dedicado a la curación y al [pronóstico, deberá ser revisado frente a estos hallazgos.* Por lo expuesto, se alcanza a comprender que las lesiones anatómicas residuales, aún las más pequeñas, mantienen un potencial de actividad bacteriológica capaz de permitir, ora el pasaje de gérmenes al jugo gástrico, ora la reactivación endógena de los focos tratados o la aparición de nuevos brotes a distancia. En la experiencia recogida con los casos tratados por tara copias-tía, en los cuales la curación parecía afirmada desde largo tiempo atrás. y que fallecieron por causas ajenas a la tuberculosis; el estudio histológico de las lesiones residuales demuestra habitualmente la persistencia de actividad en estricto sentido anatómico.

RESULTADOS POSITIVOS. —Ellos imponen el diagnóstico de tuberculosis; sin embargo, la existencia de casos positivos, con pruebas tuberculinicas negativas ha sido mencionado por diferentes investigadores; en todos estos casos, el resultado positivo correspondía al período prealérgico, como lo demuestran entre otros, la observación de Ligner en un niño de 7 años, tuberculino-negativo y febril, en el cual poco tiempo después la reacción a la tuberculina se vuelve positiva. En referencia a los resultados positivos con pruebas tuberculinicas persistentemente negativas, deben ser considerados como errores de técnica o de una contaminación al realizar la extracción del contenido gástrico.

RESULTADOS NEGATIVOS. —Así como un resultado positivo confirma el diagnóstico, los resultados negativos dejan siempre una interrogación. La coexistencia de alteraciones pulmonares, con resultados constantemente negativos,, es de un alto significado para la exclusión del origen* tuberculoso de la afección, como lo había señalado Meunier en su monografía de 1898.

RESULTADOS AISLADOS.—Sobre esta cuestión, Opizt ha llamado la atención a través de documentos de importancia, los, que le permiten concluir que es menester la presencia de 3 contenidos negativos realizados con intervalos de varias semanas, para considerar curados a niños portadores de infiltración perifocal. Los exámenes reiterados decidirán, tanto en sentido negativo como positivo, sobre el valor diagnóstico de los resultados alcanzados. Así como hallazgos positivos pueden ser obtenidos en el período prealérgico, también en idénticas condiciones los hallazgos pueden ser negativos y, en consecuencia, en un momento dado, sea la aparición del complejo primaria a los rayos X o sea la aparición de la reacción tuberculínica positiva, permitirá formular el diagnóstico.

El autor de referencia, termina su importante estudio con estas frasea: En la orientación actual de la lucha antituberculosa, la investigación del contenido gástrico va ganando la categoría de