
Modificación del esquema del cuerpo en las enfermedades metasifílicas

El problema de la naturaleza del esquema del cuerpo ha vuelto a adquirir actualidad, gracias a las investigaciones sobre el miembro fantasma. Numerosas observaciones de los últimos tiempos, nos han demostrado que de esto puede sacar también gran provecho la sintomatología de la tabes y la parálisis. Por su importancia fundamental, citamos aquí brevemente estas observaciones.

El primer caso se refiere a un tabético infectado de sífilis en 1915. Desde luego, este caso sólo pertenece al grupo que nos interesa en una forma condicional. Después de varios tratamientos específicos, el enfermo tiene ahora una RW a 0.8 positiva en el líquido céfalo raquídeo, una rama mastica, 92 células R. W. positiva en la sangre, rigidez pupilar refleja del lado derecho, pereza del izquierdo, falta de los reflejos periósticos y tendinosos en los brazos, dolores lancinantes en el brazo y piernas: del lado izquierdo, una especie de sensación de cinturón con hallazgo de sensibilidad en lo esencial negativo, osea el cuadrado de una tabes pobre en síntomas. En 1915 le fue destrozado el pie izquierdo por una granada, por lo

que se le hizo una amputación a 10 cm, por debajo de la rodilla. Como muchos amputados, pasó muchos años sin advertir un miembro fantasma. En el año 1926 sintió los primeros dolores lancinantes en la pierna izquierda, y al mismo tiempo surgió el pie fantasma, el cual se encuentra en la posición debida, la pierna es igual en longitud a la otra. El miembro fantasma adquiere particular realidad durante la crisis y cuando el paciente lleva algún tiempo sentado. Al mismo tiempo se siente con regularidad el dolor de la herida de la granada. Pero el enfermo puede intercalar el miembro fantasma en toda realidad con sólo concentrar su atención en él. También durante esta evocación voluntaria del miembro fantasma se siente el dolor de la lesión. El paciente siente a veces frío en el miembro fantasma, y el frío desaparece acercando los pies a una estufa encendida. A veces nota la sensación del sudor. Al mover los dedos del pie fantasma, le parece que los mismos están metidos en fuego.

Tenemos aquí, pues, un fenómeno absolutamente claro: En este tabético son evidentemente los dolores lancinantes los que

evocan el miembro fantasma, los que reaniman el esquema del cuerpo, al contrario de la mayoría de los casos, en los que este papel es desempeñado por excitaciones periféricas, neuromas, inflamaciones, etc. Pero una vez que ha aparecido el pi3 fantasma, el mismo puede ser evocado desde dos lados: 1. desde la periferia, al llevar algún tiempo sentido; podemos suponer que aquí desempeña algún papel la modificación de la circulación hacia el muñón. 2. desde el plano psíquico. La representación imaginaria del pie perdido, seguramente posible también antes, adquiere de repente el colorido de la realidad. Por lo tanto variaciones en el punto del sistema hacen asequible el pie fantasma desde todos los sentidos. Lo interesante es que el paciente, durante los movimientos de los dedos, del miembro fantasma, tiene sensaciones en todo iguales a las tabéticas.

En consideración a los casos q' describimos más adelante, no nos parece indiferente el hecho de que el paciente bebió con exceso, El enfermo está en tratamiento. No creo que llegue a perder su miembro fantasma, aunque desaparezcan los dolores lancinantes. La corteza del cerebro retiene lo que ha aprendido una vez.

Otro caso de tabes es muy diferente. Se trata de un jefe de oficina de 33 años, que se infectó en 1920 y se ha sometido ya a una gran serie de tratamientos. Ahora tiene ligeras alteraciones

pupilares., insignificantes fenómenos atácticos, zonas hipo o analgésicas desde D IV a D IX, una hipertonia general y falta de los reflejos patelares y de Aquiles. Después de un tratamiento de Swift-Ellis, hace poco tiempo, la R. W se ha vuelto negativa, pero hay todavía Nonne y un brazo de mástico orgánico.

En 1929 empezó a sentir el paciente presión en el pecho y la sensación no correspondiente a la realidad, -de que se estaba poniendo muy gordo. Esta sensación se volvía cada vez más fuerte. El enfermo no podía estar acostado de espaldas, porque tenía la sensación de que "se ahogaba", andaba siempre muy derecho y no se atrevía a agacharse. Al andar, tenía la sensación de tener una barriga abultadísima. Le parecía que la barriga le impedía verse los pies. Cuando tena que hablar con alguien, guardaba un metro de distancia, por temor a tropezar el otro con su barriga, Por la misma razón, se sentaba] muy apartado de la mesa. El conocimiento del estómago reveló estado normal. Después del otro tratamiento de Swift-Ellis, desapareció lo obligatorio de los fenómenos. Pero el enfermo puede evocar hoy todavía a voluntad, fenómenos análogos.

También este paciente bebe mucho y en los últimos meses ha perdido notablemente en elasticidad psíquica, tal vez a causal del abuso del alcohol.

Por alteraciones que corresponden a la conocida sensación de cinturón, es producida en este

caso una modificación del esquema del cuerpo. La sensación de ponerse gordo es tan intensa, que el paciente se comporta en todo sentido como si el falso esquema fuera real. En este caso deben de intervenir procesos excitantes que parten del mismo sitio que en el primer enfermo.

Sin embargo, el resultado negativo de la exploración gástrica no nos permite excluir por completo procesos excitativos periféricos, y ello precisamente a base de observaciones sobre las cuales informará en breve nuestra clínica.

Tampoco en este caso considero indiferente el alcoholismo, **cuyas** consecuencias se han manifestado también en el plano psíquico en el curso del último tiempo. Las señales anormales que llegan desde la periferia a la corteza pueden encontrar una situación central que ya no corresponde a la normalidad. También en el delirium tremens encontraremos a veces fenómenos que permiten pensar en modificaciones del esquema del cuerpo.

En una mujer de 50 años (después de tratamiento intenso RW a negativa, todavía un brazo de mástico, falta de los reflejos patetales y de Aquilea, hipotonía, hiperestesia en D III, hiperestesia en D V a D VII a la izquierda D IV a D V a la derecha,, sensaciones lancinantes en los tobillos, rodillas y manos) registramos fenómenos muy transitorios, consistentes en la sensación de que los ojos rotaban hacia atrás. Desgraciadamente se trató de

una observación policlínica, por lo que en este caso no fue posible practicar una investigación completa.

Mucho más abundantes eran los fenómenos que acusaban un revisor de libros de 57 años, que se había infectado de sífilis en 1916 y enfermó de parálisis, bajo un cuadro maniático a principios de 1930. Un tratamiento de paludismo, determinó una remisión excelente. Desde principios de julio de 1930. bienestar completo, pero parestesia en la nariz, y a veces también **sensaciones** desagradables alrededor de la boca. La exploración neurológica revela anisocoria, pereza pupilar absoluta a la derecha, RW a del líquido cefalorraquídeo a 0.4; mástico: curva de la parálisis; RW a de la sangre XI. Exploración rinológica normal.

Las parestesias de la región del trigémino desaparecen temporalmente por un tratamiento combinado. El estado del corazón vuelve imposible una nueva cura febril. Poco a poco, la sensación de presión alrededor de la nariz y ojos se va volviendo más pronunciada. También se presentan transitoriamente **dolores** en las piernas. El enfermo padece depresiones a causa de sus molestias y teme nueva recaída paralizante.

A fines de diciembre y enero. se declaran los fenómenos que aquí nos interesan. El paciente que disfruta de claridad mental absoluta y de plena actividad para el trabajo, tiene la extraña y atormentadora sensación de

una desorganización completa de las partes de su cavidad bucal. La prueba objetiva no revela alteración alguna de la sensibilidad bucal. El enfermo tiene también sensaciones de sabor absolutamente normales. El enfermo sabe muy bien que sus anormales sensaciones no corresponden a la realidad, de lo que procura convencerse siempre con las manos. El enfermo siente como si la dentadura inferior estuviera arriba y viceversa, como si los dientes los tuviera de repente en la garganta; el paladar duro se encuentra de pronto abajo; la lengua desaparece atrás, en una masa blanda; con ayuda del tacto el enfermo comprueba que esta masa blanda no es otra cosa que la mejilla. La lengua es sentida a veces como una moneda rota y áspera que se mueve, se encuentra entre dos troncos de árboles (dientes) o golpes hacia arriba como un objeto duro. A veces le parece

que su lengua penetra por arriba y llega hasta la punta de la nariz. Sabe muy bien que esto no es así, pero tiene la sensación de que la lengua se encuentra ahora en la nariz. También tiene la sensación como si toda la piel delantera de la cara estuviera directamente sobre el hueso, así como sensaciones de movimiento de derecha a izquierda, de arriba a abajo y de remolino. Por fin, sobreviene calma.

Todos los movimientos, groseros y delicados, de los labios, boca y lengua, se consiguen con toda normalidad; lo mismo los movimientos de deglución. Al comer hay la sensación de que toda la boca está llena. Además se siente sensación de presión en la raíz de la nariz. Tanto el miembro, como el ano, transmiten la sensación de haber perdido terror.

A veces se siente la sensación como si el miembro empezara a

moverse en remolino al rededor del ombligo.

Con plena reflexión y crítica, estos fenómenos duran relativamente poco tiempo. El enfermo entra poco a poco en un grave estado psicótico, con representaciones grotescas, como si *el corazón* se le cayera y quedara sobre d pene y el dedo gordo de un pie, como si el cerebro se le pusiera **cié** través y desapareciera y como si los dedos: empezaran a emigrar en todos sentidos (el enfermo contempla perplejo sus manos).

A continuación de atormentadoras parestesias en las regiones del trigémino encontramos, pues, en nuestro enferma, una desorganización completa del esquema del cuerpo en el dominio de la boca, a pesar de conservarse toda la conciencia de lo engañoso de las sensaciones, pero con mortificante realidad. Estas sensaciones se presentan en un momento en que al parecer empieza de nuevo la enfermedad paralítica de la corteza. Tenemos, pues, aquí, condiciones que en muchos sentidos se asemejan a las de nuestro segundo caso, 'o sea concordancia de varias modificaciones periféricas y centrales. Por sí solas, las alteraciones

periféricas determinan solamente parestesias; las centrales no son lo bastante pronunciadas para estorbar el esquema real **en** la conciencia *del enfermo*; pero asociadas determinan una sugestión tan convincente que el enfermo llega a ser completamente dominado por ella.

Sensaciones análogas son transmitidas por los órganos del orificio posterior del cuerpo y **del** ombligo. Tal vez existan aquí relaciones de localización.

Todas nuestras observaciones, en los que pudimos estudiarlas detenidamente, coinciden en el sentido de que los fenómenos anormales sólo *se* presentaban cuando los factores periféricos eran suplantados por **centrales**, o viceversa. Ante nosotros tenemos aquí solamente un caso especial de una ley general que se extiende también a otros dominios, sobre todo a los que están próximos a las modificaciones del esquema del cuerpo (anestesia óptica, disociación de una mitad del cuerpo). Estas alteraciones sólo se manifiestan cuando están perturbadas a la vez partes periféricas y centrales del sistema nervioso (en el desdoblamiento de una mitad del cuerpo, p. ej. el tálamo y la región

parietal—Potzl—; de la misma manera, en la alestesia óptica centro óptico primario y partes de la región parietal del cerebro —Potzl—). Esta ley parece ser, a su vez, un caso especial de una ley más general todavía, que domina a todo el campo de la neurología. Para, la alteración de funciones vitales es necesario casi siempre que los ataques provengan de diversos sentidos. Sólo una excepción aparente la forman los padecimientos hereditarios, en los que uno de los factores es sustituido por una debilidad específica. La naturaleza toma por todas partes medidas tan seguras y crea tantas posibilidades de compensación, que las pérdidas definitivas son sólo posibles por daños muy fuertes o combinaciones de daños.

RESUMEN

Se comunican 4 casos (3 de tabes y 1 de taboparálisis) en los que se producen episódicamente fuertes **modificaciones** del esquema del cuerpo. En el primer caso, se presenta un miembro fantasma con el comienzo de dolores 'lancinantes; en los otros 3 casos, se manifiestan alteraciones de la **percepción** en las más diversas regiones del cuerpo (abdomen, ojos, región de la boca) , que al mismo tiempo son juzgadas con crítica plena. La aparición de las alteraciones va unida en todos los casos a la concordancia de modificaciones periféricas y centrales.