2637

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PARALISIS GENERAL

TÉSIS

PARA

OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJIA

POR

JOSÉ R. SEMPRUN

BUENOS AIRES

Imprenta Europea, Moreno esq. Defensa

1889

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PARÁLISIS GENERAL

TÉSIS

PARA

OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJIA

POR

JOSÉ R. SEMPRUN

BUENOS AIRES

Imprenta Europea, Moreno esq. Defensa

1889

Art. 162 del Reglamento.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

Facultad de Ciencias Médicas

Décano

DR. D. MAURICIO GONZALEZ CATÁN.

Académicos

DR. D. NICANOR ALBARELLOS.
» » MANUEL PORCEL DE PERALTA.
» » MAURICIO GONZALEZ CATÁN.
» » MANUEL ARAUZ.
» » LEOPOLDO MONTES DE OCA.
» » PEDRO A. MATTOS.
» » E. WILDE.
» » JOSE T. BACA.
» » RAFAEL HERRERA VEGAS.
» » IGNACIO PIROVANO.
» » PEDRO MALLO.
» » JOSÉ M. ASTIGUETA.
» » MARTIN SPUCH.
» » JACOB DE T. PINTO.
» » EUFEMIO UBALLES.

Académicos honorarios

DR. D. TEODORO ALVAREZ.
» » GUILLERMO RAWSON.
» » SANTIAGO LARROSA.
» » ERNESTO ABERG.
» » PABLO MARENGO.
» » DOMINGO PARODI.

Secretario

DR. D. LUIS DE LA CÁRCOVA.

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía descriptiva.....	Dr. D. Juan J. Naon.
Anatomía topográfica.....	» » M. Gonzalez Catan.
Histología teórico-práctica.....	» » Francisco Tamini.
Fisiología general y humana....	» » J. M. Astigueta.
Higiene pública y privada.....	» » Antonio F. Crespo.
Patología general y ejercicios clínicos.....	» » José T. Baca.
Materia médica y terapéutica..	» » Justiniano Ledesma.
Patología externa.....	» » Guillermo Udaondo.
Patología interna.....	» » Manuel Arauz.
Anatomía patológica.....	» » Telémaco Susini.
Medicina operatoria.....	» » Bartolomé Novaro.
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica.....	» » Jacob T. de Pinto.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica.....	» » Manuel Blancas.
Enfermedades de ojos y clínica oftalmológica.....	» » Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas.....	» » José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y clínica id.....	» » Lúcio Melendez
Clínica quirúrgica.....	» » Ignacio Pirovano—Luis Güemes.
Clínica médica.....	» » M. P. de Peralta—Juan B. Gil.
Obstetricia y clínica respectiva.	» » Samuel A. Molina.
Medicina legal y toxicología....	» » Eduardo Wilde.
Química aplicada á la medicina Química aplicada á la farmacia	» » Pedro N. Arata.
Farmacia y práctica farmacéutica	» » Martin Spuch.

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva.....	Dr. D. Juvencio Z. Arce.
Anatomía topográfica.....	» » .....
Histología	» » Andrés F. Llovet.
Fisiología general y humana...	» » Cárlos Villar.
Higiene pública y privada.. ..	» » Meliton G. del Solar. (en ejercicio) Enrique Revilla.
Patología general y ejercicios clínicos	» » Claudio Benitez—R. Wernicke.
Materia médica y terapéutica..	» » Enrique del Arca
Patología externa.....	» » .....
Patología interna.....	» » José Penna.
Anatomía patológica	» » .....
Medicina operatoria.....	» » Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica.....	» » Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica.....	» » Antonio Piñero — Facundo Larguía (en ejercicio)
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica.....	» » Eduardo Obejero.
Enfermedades nerviosas	» » .....
Enfermedades mentales y clínicas id...	» » Domingo Cabred.
Clínica quirúrgica.....	» » Julian Aguilar — Antonio C. Gandolfo (en ejercicio).
Clínica médica.....	» » Abel Ayerza.—G. N. Chaves (en ejercicio).
Clínica médica.....	» » Eufemio Uballes.
Obstetricia y clínica obstetricial	» » J. R. Fernandez y Luis F. Vila.
Medicina legal y toxicología...	» » Juan Bautista Señorans (en ejer.)
Química aplicada á la medicina.	» » .....
Química aplicada á la farmacia.	» » ....
Farmacia y práctica farmacéutica	» » Atanacio Quiroga.

PADRINO DE TESIS

Doctor Don José T. Baca

Señor Presidente:

Señores Académicos:

La parálisis general es una afeccion bastante comun en Buenos Aires. Impuesto por los numerosos casos que he tenido ocasion de observar durante mi internado en el Hospicio de las Mercedes, me he decidido á hacerla servir como punto para mi tésis inaugural, que someto á vuestra induljente apreciacion. Oyendo diariamente las sabias lecciones del Dr. Melendez, he podido apreciar cuan numerosos y variados eran los síntomas de esta terrible afeccion, calificada por un autor moderno de enfermedad del siglo XIX, pues recien á principios de este siglo su sintomatología y su verdadera significacion fué conocida. Hoy que la Medicina Mental ha seguido la franca carrera del progreso como las demas ciencias y que es una parte interesantísima para la Medicina Legal, es de mucha importancia el estudio de dicha enfermedad, sobre todo en el período prodrómico que es el cual, la mayor parte de las veces el Médico tiene que intervenir para decidir la validez de los actos cometidos por un individuo, que aunque con todas

las apariencias de razon, está bajo el dominio de la parálisis general. Sin el tiempo suficiente ni la competencia necesaria para estudiar la multitud de cuestiones que con ella se relacionan, me limitaré aquí á una breve descripcion de la enfermedad segun los autores clásicos y referiré algunas observaciones de los casos mas típicos, que he tenido ocasion de observar durante mi internado.

HISTORIA

Esta afeccion conocida con los nombres de peri-encefalitis, encefalitis intersticial difusa y parálisis general progresiva, no fué conocida bien hasta despues del vigoroso impulso que dió Pinel al estudio y tratamiento de las afecciones mentales; sin embargo ya Haslam en 1798 hablaba de la frecuencia de la locura como causa de las afecciones paralíticas. No ha sido sino en este siglo cuando se ha comprendido el valor y la gravedad de ciertos síntomas que presentan los paralíticos. Esquirol fué el primero que sospechó la gravedad de la parálisis general y se cita el caso de que llamado para ver un personaje de muy buena posicion. despues de haberle interrogado notó el trastorno de la palabra y la dilatacion de la pupila y habiendo hecho salir al enfermo, dijo á la familia de éste: Es un hombre perdido. Este pronóstico se realizó muy pronto y pareció un prodigio de intuicion, como dice Ball. Sin embargo Esquirol no hizo mas que entrever la parálisis general y sus discípulos

Georget, Delaye y Calmeil la consideraron como una afeccion particular, mientras que Esquirol la consideraba como una terminacion particular de la demencia y como complicacion de la locura.

Bayle en 1822 en su tésis, echó los cimientos del estudio de la parálisis general y consideraba el delirio ambicioso como síntoma necesario y distintivo de esta enfermedad. Bayle la dividió en tres períodos: monomanía, manía y demencia. Foville y Parchappe estudian la parálisis en 1829 y le dan el nombre de locura paralítica. Requin estudia una forma particular de parálisis general sin alienacion y la describe con este nombre; ésta es conocida hoy dia por demencia paralítica. Baillarger fué el primero que estudió bien los fenómenos óculo-pupilares que se presentan en el curso de la parálisis y los atribuyó á lesiones del simpático.

Ball describe un último período, en la historia de la parálisis general y está caracterizado por la intervencion del microsccpio para el estudio de las lesiones anatomo-patológicas de esta, las cuales no están todavia bien estudiadas, pues su estudio es muy difícil á causa de que casi todas las regiones del cerebro están interesadas. De aquí las diferentes opiniones sobre la causa de la parálisis general. Unos la consideran como resultado de una inflamacion ó de una meningo-encefalitis: otros dicen que una congestion cerebral da lugar á la produccion de exudados: Voisin y Joire consideran las

lesiones del bulbo y las granulaciones del cuarto ventrículo, como el punto de partida de los trastornos de la palabra. Los estudios últimamente hechos inclinan á hacer creer que se trata de una encefalitis intesticial lo cual no es mas que la opinion de Bayle y Calmeil.

Por el estudio de las lesiones anatomo-patológicas de la parálisis, se puede englobar el estudio de esta en una sola denominacion, parálisis general; y considerar las demás formas como dependientes de esta, puesto que tienen una terminacion comun, la demencia. A esta teoria que Ball le da el nombre de unitaria y que caracteriza la parálisis general por el delirio, la demencia y la parálisis, Baillarger opone la teoria dualista: locura paralítica y demencia paralítica y sostiene que esta última puede existir sin alienacion y la considera diferente de la primera. Veremos mas adelante que la demencia paralítica no es mas que una forma de la parálisis general.

Réstame solo decir dos palabras sobre el estudio de esta enfermedad en Buenos Aires. Los Doctores Melendez y Ramos Mejía en 1876, vieron en el Hospicio de Mujeres dementes una enferma, cuya sintomatología coincidia con la enfermedad antedicha y diagnosticaron parálisis general: solo desde esta época se puede decir que se conoce la parálisis general en Buenos Aires.

CAUSAS

Esta enfermedad es mucho mas frecuente en el hombre que en la mujer. Las estadísticas de diferentes autores, le asignan una proporcion entre 8 y 30 por 100 para la mujer: pero sin embargo esta desigualdad tiende á desaparecer, cuando las mujeres llegan á la época de la menopausia. Siendo una afeccion de origen reciente, pues su estudio data desde principios de este siglo, es de suponer, como lo quiere Ball, que en los siglos pasados haya existido de una manera latente y sus causas recien han sido conocidas. Segun la opinion de un autor americano, «se podria juzgar, por la frecuencia mayor ó menor de la parálisis general, los progresos que han hecho los diferentes pueblos.» En efecto, la Europa y la América del Norte, son los paises que dan mayor contingente de paralíticos generales y Ball dice, que la superioridad de Paris á este respecto, es muy grande con relacion á los otros puntos de Francia. Sin embargo, hay paises que gozan de completa inmunidad, como la

Suecia, la Escocia, la Irlanda: el porqué de esta inmunidad es hasta ahora desconocido. Corrobora la opinion del autor americano antes citado, el hecho de que esta afeccion, es casi desconocida entre los salvajes y mucho mas rara que cualquier otra forma de locura. De lo dicho, se desprende que es una afeccion propia de los grandes centros de poblacion y es en efecto en las ciudades mas populosas y adelantadas, donde se presenta mas comunmente esta afeccion. Esta predisposicion, es debida en primer lugar á la educacion. El niño aun pequeño, es sometido á una tarea intelectual, á la cual su cerebro no puede resistir mucho tiempo, se fatiga y este trabajo, es seguido durante varios años hasta que el niño se hace hombre: entonces la lucha por la existencia, los disgustos y vicisitudes de la vida, etc., los excesos, todo esto concurre á producir en los sujetos un estado particular, que Ball resume en una sola palabra: fatiga cerebral. Sin embargo, en todo tiempo han existido estas causas y si ahora producen mas la parálisis, es porque, no son combatidas como antes, por el ejercicio, la gimnasia, la sobriedad en el vivir, etc. La herencia juega un gran rol en su produccion. Calmeil la admite en 1|3 de los casos, es decir, que en un tercio de los casos, se encuentra en los ascendientes paralíticos generales, alienados de todas clases, maniacos, melancólicos, epilépticos, etc. Marcé es de la misma opinion. Alguno impugnan esta opinion diciendo que la enfermedad llega en

una época en que la influencia hereditaria no tiene importancia capital y se apoyan en las estadísticas: pero, no es necesario que en los ascendientes haya paralíticos generales pues es un hecho aceptado en patologia mental, que la alienacion de los ascendientes, las hemorragias cerebrales, constituye una predisposicion para contraer la afeccion los descendientes.

La edad es otro factor etiológico de mucha importancia. Bayle y Calmeil fijaban la edad de 45 á 50 años como la mas propicia al desarrollo de la enfermedad. Luys dice que el máximun de frecuencia, se presenta á los 43 años en el hombre, á los 41 años en la mujer. Ball dice que este máximum está comprendido entre los treinta y cuarenta y cinco años. Regis en trescientos diez y siete paralíticos del Asilo Santa Ana, observa como término medio, la edad de treinta y ocho años. El Dr. Cabred, da como término medio en el Hospicio de las Mercedes, la edad de treinta y nueve años. Como se ve el término medio de la aparicion de la enfermedad, ha ido disminuyendo, como lo comprueban las estadísticas antes citadas. Regis refiere un caso de parálisis general á los diez y siete años y Magnan refiere otro ocurrido á los veinte y uno. La razon de este descenso en la edad, en la aparicion de la parálisis, se encuentra en que, la fuerza orgánica de resistencia de los individuos ha disminuido, gastados por los

escesos, el alcoholismo, etc., y sobre todo que están bajo la influencia de la herencia.

En cuanto á las profesiones, las profesiones liberales son las que pagan mayor tributo á esta afeccion y su explicacion es obvia. Sin embargo, hay que notar, que es mas comun en los militares en la proporcion de 1.05 por 1000 en los oficiales y 0.33 por 1000 en los soldados, segun Colin. Su explicacion se encuentra segun Ball, en las dificultades de la profesion y necesidad que tienen á veces de no poder observar todas las reglas de la higiene.

CAUSAS OCASIONALES

En primer lugar tenemos el trabajo intelectual excesivo: es decir, aquel trabajo que no solo ejercita la intelijencia sino que la fatigan y la sobreescitan, pero no es una causa tan poderosa como las primeras antedichas. Ball cita el caso de un individuo que contrajo la afeccion, despues de unos exámenes muy rigurosos.

La masturbacion no la produce, ya sea por la edad en que aparece la parálisis general, ya sea porque produce mas frecuentemente otras formas de alienacion, como la melancolía, demencia, etc. Los excesos venéreos son una causa muy poderosa sobre todo en los hombres de edad madura y Voisin cree que esto es debido á que el coito «produce una congestion encefálica temporaria y cuya repeticion muy frecuente debe predisponer á la parálisis.» Cita en apoyo de esta opinion el hecho de que despues del coito, hay fisiológicamente una especie de temblor atáxico, que impide por

ejemplo el escribir claramente como en cualquiera otra ocasion, lo cual indica una accion pasajera, pero profunda sobre el eje cerebro espinal. Tambien todo el mundo conoce los inconvenientes del coito, practicado de pié: entonces es muy probable que estas congestiones tan repetidas, sean causa de la parálisis.

Las congestiones cerebrales son causas poderosísimas de parálisis, puesto que ponen al encéfalo en un estado de predisposicion, de receptividad particular y preparan el terreno, para su explosion. En cuanto á la influencia de las enfermedades anteriores, tenemos en primer lugar los traumatismos del cráneo. Estos no solo producen la parálisis, sino tambien las otras formas de alienacion mental. Baillarger y Calmeil citan casos de individuos atacados de parálisis, á consecuencia de traumatismos del cráneo. La sífilis es una causa poderosísima y Kjelberg dice que todos los paralíticos son sifilíticos. Fournier cree que la sífilis produce mas bien las pseudo-parálisis que son siempre curables y cuyas lesiones anatómicas son muy diferentes de las de la parálisis general. La pelagra y el alcohol, producen mas bien la pseudo-parálisis. Respecto al alcohol, Laségue dice, que en todos los casos en que se ha atribuido al alcohol, la produccion de la parálisis general, ha habido un error de diagnóstico. Finalmente las lesiones bulbares, la ataxia locomotriz, etc. pueden producir la lesion, por propagacion de la afeccion primitiva á la sustancia cortical del encéfalo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El cerebro de los paralíticos presenta un aspecto particular. Su circunferencia es irregular, presenta eminencias y depresiones irregulares: hay una disminucion en el peso y volúmen del órgano, que contrasta notablemente con el del cerebro en estado normal y esto tanto mas cuanto que en el período en que se produce la ateccion el cerebro ha alcanzado su máximun de desarrollo. Hay una atrofia del cerebro, muy notable sobre todo en la region frontal. La aracnoides ha perdido su transparencia, está opaca y lactescente sobre todo al nivel de los lóbulos frontales. Hay falsas membranas, que unen algunas veces la duramadre á la piamadre. Esta está espesada, infiltrada de serosidad y con puntos muy vascularizados, que contrastan por su color subido, con las otras partes mas pálidas de esta membrana. Las arterias de la base del cerebro están sanas y no se encuentran lesiones ateromatosas, sino cuando el paralítico es de edad ya avanzada.

La lesion mas característica de la parálisis general, es la presencia de adherencias entre la piamadre y las circunvoluciones: adherencias muy fuertes y que cuando se quieren desgarrar, arrastran consigo la parte de sustancia cortical en la cual están implantadas. Estas adherencias corresponden á una atrofia del cerebro, á una pérdida de sustancia. Esta pérdida real de sustancia, es mucho mas notable, si se hace endurecer el cerebro en el ácido nítrico. Las adherencias están localizadas en el mismo sitio que las lesiones meningeas. Estas lesiones están limitadas á los lóbulos fronto-parietales y rara vez se encuentran en los lóbulos occipitales segun Crichton Browne.

Una circunstancia interesante de este proceso patológico, es que, nunca se encuentra pus en las meningeas. Es un carácter negativo que distingue la parálisis general de la encefalitis, meningitis, abcesos del cerebro, etc. En los casos de parálisis sin alienacion ó en las formas larvadas, no se encuentran dichas adherencias y lo que se encuentra en este caso son simples relieves en la superficie del cerebro y de formas muy irregulares. Sin embargo, estas adherencias suelen encontrarse en otras formas de alienacion, como el delirio agudo y aunque no son, se puede decir, con todo rigor patognomónicas de la parálisis general; sin embargo tienen muchísima importancia, añadidas á las otras lesiones que se presentan en el cerebro y mas que todo, teniendo en cuenta el conjunto de síntomas,

que ha presentado el enfermo durante su vida.

Por medio del microscopio se reconoce una alteracion profunda de la sustancia blanca, caracterizada por un estado de induracion de la misma. Tambien se encuentra esclerosis é hiperemias de otros puntos de la sustancia blanca. Las lesiones accesorias son: el espesamiento de las paredes del cráneo, la hiperemia del diploe y un reblandecimiento, pero muy poco pronunciado, de los huesos del cráneo. Algunas veces, las adherencias unen la duramadre á la bóveda craneana. Los vasos presentan los signos de una inflamacion crónica: los pequeños vasos están irregulares y varicosos. A veces se encuentran aneurismas miliares, producidos por la peri-arteritis. En la neuroglia se comprueba la alteracion de los nucleos, que es considerada como un carácter fundamental de la parálisis general por Luys, Magnan y otros autores. Se encuentran tambien placas de esclerosis en la médula espinal y nucleos indurados en el cerebelo, bulbo, olivas, lo mismo que la degeneracion gris del nervio olfatorio en algunos casos.

SÍNTOMAS—PERÍODO PRODROMICO

Este período es uno de los mas importantes de la parálisis general. Es muy difícil conocerlo en su principio, pues para esto, no tenemos mas que los datos que nos dan las familias de los enfermos y además es muy difícil averiguar en que tiempo principiaron estos trastornos, que á veces son tan insignificantes ó comunes que no llaman la atencion de los que rodean al enfermo. Para comodidad de su estudio, podemos dividir los fenómenos del período de incubacion en dos clases: Trastornos físicos y Trastornos psíquicos.

I—TRASTORNOS FÍSICOS

Del lado del sistema nervioso que es donde primero se presentan tenemos las neuralgias generalizadas. Estas neuralgias tienen de particular, su desaparicion cuando el delirio y los otros síntomas

anuncian la confirmacion de la parálisis. Están caracterizadas por su movilidad, es decir, que aparecen y desaparecen en distintos puntos del cuerpo, sin órden ni regularidad, y estos puntos son: la cabeza, la articulacion coxo-femoral, los gluteos y el miembro inferior. Cuando se localizan, se presentan bajo la forma de neuralgia craneana, temporo-frontal, occipital, ciática, etc. Las sensaciones dolorosas que esperimentan los enfermos son muy variadas: sensacion de opresion, de frio, hormigueos, pinchazos, etc. Voisin, en ocho paralíticos, comprobó la existencia de estas neuralgias, que habian precedido de algun tiempo á la explosion de la parálisis general.

Las modificaciones del sentido muscular son muy comunes: los individuos dicen que, se sienten ligeros como los pájaros y experimentan la necesidad de caminar y moverse continuamente, otros dicen que están pesados y fatigados, sin que el descanso haga desaparecer esta extraña sensacion. En lo relativo á la circulacion, los fenómenos que se presentan son: rubores súbitos de la cara sin motivo y sensaciones de calor en la cabeza. Las funciones digestivas están á veces interesadas y entonces se presenta la inapetencia, la anorexia y la constipacion. En las mujeres son muy frecuentes los trastornos de la menstruacion como dismenorrea y amenorrea.

Los fenómenos que Krishaber ha denominado bajo el nombre de neuropatía cerebro-cardiaca y

que se caracteriza por: sensacion de vacío en la cabeza, obnubliacion de los sentidos, insomnio, vértigos, fotopsias, angustia precordial y palpitaciones acompañadas de lipotimias y síncopes: estos ataques que duran muy poco, pueden presentarse en este período de la parálisis general, pero con la gran diferencia de que nunca son tan marcados en esta como en la primera, en la cual son únicos y además que por su conjunto hacen reconocer la neuropatía, etc., y siempre terminan por la curacion. Finalmente esta neuropatía, no produce la alienacion mental.

II—TRASTORNOS PSÍQUICOS

En este período, estos trastornos nunca llegan al delirio verdadero, pues, cuando este se presenta ya está la parálisis general confirmada. Se presenta el insomnio, aunque no es muy comun: lo mas comun es que, el sueño del paciente sea trastornado por ensueños y pesadillas y el paciente nota al mismo tiempo que este sueño es poco reparador. Lo mas comun, es el cambio del carácter del individuo, no solo en su modo de ser, sino en sus costumbres: modificacion que varia segun la forma de parálisis que lo ataque, ya sea la variedad expansiva ya la variedad depresiva. En la primera el individuo que era triste, reservado y poco comunicativo se vuelve alegre, sonriente y

hace partícipe á todo el mundo de los proyectos grandiosos que elabora, de las especulaciones que él hace, de sus grandes negocios, etc. Es precisamente este cambio de carácter, lo primero que llama la atencion de las personas que lo rodean. En la segunda el individuo se vuelve melancólico, pierde su alegria y bienestar acostumbrado: esta triste, taciturno, sombrío, incapaz para el trabajo, quejándose de diferentes dolores para los cuales consulta á varios médicos. Este estadio melancólico, es poco frecuente y pasa algunas veces desapercibido.

Respecto á los sentimientos afectivos, se observa un cambio completo en los individuos. Rechazan y odian á las personas que antes les eran mas queridas: llevan á su familia el gérmen de la discordia y son el terror de ellas. Presentan cambios en sus ideas; se vuelven coléricos por las cosas mas insignificantes, como el caso de un paralítico citado por Voisin, en que se encolerizaba porque el hijo le pedia un pedazo de pan en la mesa. Otros hacen proyectos ambiciosos, se vuelven generosos y dilapidadores, dicen que se encuentran muy ocupados y van á todas partes sin objeto determinado: en una palabra, están en movimiento continuo. La dipsomanía ó mas bien la tendencia á los excesos alcohólicos, es muy frecuente en ellos y algunos han creido que el alcohol era la causa de la parálisis, siendo así que esta impulsion ó tendencia á beber, es mas bien un síntoma, que se

presenta á veces en el principio de ella. El sentido genésico está muy excitado.

Los paralíticos se vuelven egoistas, no hablan mas que de ellos: no tienen el menor miramiento para las personas que los rodean. En este período suelen hacer robos, robos que por sí solos bastan para caracterizar al paralítico. Lasegue cita el hecho de un paralítico que se habia robado una tabla del andamio de una casa en construccion y se la llevaba, muy fresco por el medio de la calle, sin preocuparse de ello. Otros toman cualquier cosa que hallan á mano, no se preocupan si los ven y sigue sin inmutarse su camino.

En cuanto á las facultades intelectuales, la memoria es la primera atacada. Los paralíticos olvidan fácilmente los hechos recientes, pero conservan siempre un recuerdo mas ó menos persistente, de los hechos antiguos. Esta disminucion de la memoria se nota hasta en la conversacion, pues se olvidan de las palabras: otras veces omiten palabras ó las ideas que iban á emitir se les olvidan. Los nombres propios son los que olvidan primero. No pueden hacer cálculos, confunden el dinero. El juicio sufre el mismo ataque que la memoria y sucede que el individuo, no puede ejercer correctamente la profesion ó trabajo á que se ha dedicado. Sin embargo, no se puede decir que, un individuo que presentara estos síntomas ó varios de ellos, va á ser atacado de parálisis, puesto

que esta puede principiar insidiosamente y el delirio puede revestir todas las formas de la locura simple (mania, melancolia) y solo se puede decir, que el individuo va á ser atacado de pará lisis, cuando los trastornos somáticos aparecen.

SINTOMATOLOGÍA—PRIMER PERÍODO

Los trastornos somáticos cuando aparecen vienen á confirmar el diagnóstico de parálisis general. Son de muchísima importancia, puesto que sin ellos es muy difícil apreciar la verdadera naturaleza de la enfermedad. Estos síntomas, Voisin los divide en dos clases: signos constantes y signos accesorios. Entre los signos constantes tenemos: 1° el trastorno del olfato, cuya disminucion ó pérdida es uno de los mejores síntomas, puesto que es un signo muy constante y no se encuentra sino en la parálisis general (escepto los casos de fractura del etmoides, ozena ú otra afeccion nasal). Este signo es muy fácil de comprobar, haciéndole oler al enfermo cualquier sustancia odorífera, por ejemplo, pimienta, y tratando de que el enfermo no vea la sustancia y que solo se dé cuenta de ella por el olfato. El sentido del gusto está siempre disminuido y á veces marcha á la par con la disminucion del sentido del olfato.

II—TRASTORNOS DE LA PALABRA

Los trastornos de la palabra que se presentaban en el periodo prodrómico y de las cuales ya hemos hablado se acentúan mas. La palabra es hesitante, se presenta el tartamudeo, el balbuceo y el temblor de la palabra. La dificultad que experimentan los enfermos en la articulacion de las palabras, es debida no á una parálisis sino mas bien á una ataxia, es decir, á un estado espasmódico de los músculos de la cara, de la lengua y de los labios. Ball dice: «En un paralítico en el momento en que abre la boca para hablar, se ve producirse un temblor del músculo orbicular y de los elevadores del labio superior. La mandíbula inferior oscila un momento, despues de algunos segundos de hesitacion la primera sílaba es emitida.» Algunas veces al hablar, el individuo despues de pronunciar algunas frases, se detiene un instante para luego seguir su interrumpida conversacion: otras veces, el individuo pronuncia las palabras de una manera lenta y dificil, de claridad penosa, que se conoce claramente que es artificial. El enfermo tiene conciencia de su estado y procura por todos los medios hacer mas clara la emision de la palabra.

El tartamudeo sobreviene despues. A veces es apenas perceptible y análogo segun la comparacion de Ball «al del hombre que ha almorzado

bien y cuya palabra ha perdido su precision habitual.» Aumentando poco á poco estos trastornos de la palabra, los enfermos omiten sílabas, abrevian las palabras, se equivocan muy fácilmente y no pueden pronunciar algunas ó les son muy difíciles sobre todo las que tienen muchas consonantes (l, r). En fin, llegan á un grado en que no pueden hablar, lo que es debido, no á la pérdida de la facultad del lenguaje, sino al estado atáxico y espasmódico de los músculos de la cara y de la lengua, que impide la articulacion de las palabras: el enfermo sabe perfectamente lo que quiere decir pero los órganos de la palabra le rehusan su concurso.

El tartamudeo paralítico cuando es muy pronunciado es muy fácil de distinguir, pero cuando es muy ligero, es difícil apreciarlo. Lasegue da las reglas siguientes para la investigacion de este síntoma: 1° Hacer leer en alta voz al enfermo, eligiendo las palabras en que se hallen muchas consonantes. 2° Prolongar la lectura, porque á veces cierto grado de fatiga, hace aparecer las irregularidades de la pronunciacion.

III—TEMBLOR DE LOS LABIOS Y DE LA LENGUA

Se notan los músculos de la cara, dotados de movimientos anormales y no rítmicos, aun cuando el individuo esté en reposo, pero son mucho mas

pronunciados y frecuentes si el individuo habla. Si se le hace sacar la lengua al individuo, la salida de esta se efectua por una serie de movimientos desordenados: el temblor de la lengua, es mucho mas manifiesto y se acentúa mucho mas, si los enfermos la dejan reposar sobre el labio inferior. Está animada de movimientos irregulares muy finos, mas pronunciados sobre el borde que sobre el centro del órgano.

IV—FENÓMENOS PUPILARES

La desigualdad pupilar, es un signo muy bueno del principio de la parálisis general. Baillarger fué el primer autor que lo señaló. Segun Lasegue se presentan estos fenómenos pupilares en un tercio de los casos. Las pupilas pueden estar contraidas sobre todo si hay intoxicacion nicotínica. Obedecen poco ó nada á la accion de la luz. Esta midriasis ó miosis no se observa mas que escepcionalmente en otras enfermedades. Sin embargo, la midriasis puede existir en personas perfectamente sanas y el Dr. Melendez citaba en una de sus conferencias, el caso de una persona conocida por él, perfectamente sana y que presentaba esta midriasis que se puede decir era fisiológica en él. En casi todos los casos es mucho mas comun la midriasis, que la miosis.

SÍNTOMAS ACCESORIOS

I—TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD GENERAL Y ESPECIAL

Los mas comunes son la anestesia y la hiperestesia. En cuanto á la anestesia, esta difiere de la que comunmente, se presenta en otras formas de alienacion, como en la melancolía: en ésta, es debida á una preocupacion muy viva ó á una alucinacion del enfermo y se acompaña de un abatimiento general del cual es imposible sacar al enfermo, mientras que la de la parálisis general se acompaña de locuacidad y excitacion y que es debida sin duda á un estado fluxionario del encéfalo. La hiperestesia, puede ser observada al principio de la enfermedad. Estas dan lugar á sensaciones extrañas y Voisin cita el caso de un individuo, en el cual, el contacto de cuerpos frios, por ejemplo el mármol, determinaba una sensacion muy penosa y el simple tacto de la piel del muslo provocaba la ereccion. Estos trastornos de la sensibilidad nunca

son generalizados, se localizan en una region ó en un miembro cualquiera. Las neuralgias son frecuentes, como hemos dicho ya en el período prodrómico de la parálisis general, pero en este período suelen presentarse y entonces, toman el carácter de dolores vagos, en la region raquidea, en la cabeza, etc., otras veces, aunque no es muy comun toman el tipo verdadero de las neuralgias del período prodrómico.

TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD ESPECIAL

Los trastornos de la vision son muy raros, pero á veces se han presentado algunos casos de ceguera. La hiperestesia puede existir, pero es tambien rarísima. Existe mas á menudo en las otras formas de alienacion mental. Las alucinaciones é ilusiones de la vista, se presentan, sobre todo si el enfermo es alcohólico.

Se pueden presentar trastornos en la motilidad, caracterizados por paresias pasajeras ó persistentes: paresia que cuando existe da ciertos caracteres á la marcha de los paralíticos. Cuando estos caminan, separan las piernas, van con el cuerpo un poco echado hácia adelante y levantan apenas los piés, tropiezan muy á menudo si el terreno por donde caminan es un poco desigual. La fisionomia del enfermo no es muy característica, sin expresion, tiene el aspecto de la de un demente.

A veces se producen parálisis de los músculos motores del ojo (Ptosis, Estrabismo externo).

Los trastornos atáxicos son muy notables: el enfermo presenta un temblor fibrilar muy fino de los miembros superiores é inferiores, pero es mucho mas comun y notable en los superiores: este temblor se manifiesta, haciendo poner en extension el brazo y la mano del enfermo. Este temblor produce la inhabilidad manual, tan comun en los paralíticos en este período, los enfermos dejan caer los objetos que llevan en la mano, no pueden ejecutar trabajos delicados, etc. Tambien produce alteraciones en la escritura. Esta es característica en los paralíticos: escriben con caracteres mas finos, que los que ellos acostumbraban hacer, los rasgos de las letras no son tan claros y bien hechos como en el estado normal, las letras como la a y la o no son hechas con regularidad, se saltean, etc., y su escritura traduce el desequilibrio de su inteligencia.

Los trastornos espasmódicos, como la rigidez de los músculos del tronco, el chasquido de los dientes y el hacer movimientos continuos de deglucion, son síntomas que pueden presentarse, ya en el primero, ya el segundo período de la enfermedad y no son mas que accesorios.

En cuanto á los síntomas dados por los demás órganos tenemos en primer lugar el pulso. El pulso en este período es un pulso lleno, grande pero muy depresible. La temperatura es casi siempre

la normal, aunque á veces esperimenta una elevacion de algunas décimas de grado ó un grado, sobre todo en la proximidad de los ataques congestivos. Las funciones digestivas se conservan á veces bastante bien, pero la constipacion es bastante frecuente.

TRASTORNOS PSÍQUICOS

Con este título estudiaremos los caracteres generales que presenta el delirio en los paralíticos. En este período el delirio de los paralíticos tiene por caracteres, en que en él, las ideas son múltiples: es decir, que el delirio no versa sobre una idea fija, sino que versa sobre las ideas mas diversas: son absurdas, el enfermo no tiene en qué fundarlas ni en qué relacionarlas respecto á ellos y además son contradictorias y al enfermo le es imposible el conciliarlas. Finalmente en un período mas avanzado de su enfermedad, se nota la incoherencia de ellas.

Aparte de estos caracteres generales de las ideas sobre las cuales versa el delirio, este presenta tres variedades, segun la mayoria de los autores: delirio de grandezas, delirio depresivo (melancólico, hipocondriaco), delirio impulsivo.

I—DELIRIO DE LAS GRANDEZAS

Los enfermos atacados de este delirio se encuentran satisfechos, contentos de sí mismos, dicen que

su salud es de las mas robustas, que nunca ha estado mejor su inteligencia, etc.; pero este delirio de satisfaccion, como le llama Voisin, no tarda en convertirse en delirio de grandeza, el cual estalla bruscamente y en toda clase de individuo. Los enfermos no hablan entonces mas que de sus propiedades, de sus palacios, de sus muebles, etc., se creen colmados de honores y dignidades, se dicen generales, emperadores, reyes, etc., no hablan mas que de los millones que poseen y son muy pródigos. Este delirio de grandezas, tiene por caracteres, el no ser coordinado ni sistematizado como en la megalomania; pues en esta última, el delirio del individuo es el fruto de un largo trabajo intelectual hecho al rededor de una idea, por ejemplo, desde que el individuo se cree rey, toma ya una actitud altanera y orgullosa, característica no solo en su fisonomia, sino en su mirada, en el modo de vestir y en el de hablar. Si uno le pregunta por su familia, niega á sus padres, dice que desciende de reyes y hace su genealogia real á su modo. De un carácter reconcentrado y malo, odian é insultan á todos los que le contradicen en lo mas mínimo, se creen secuestrados injustamente en la casa en que están: finalmente su vida es una lucha perpetua. Estos caracteres no los presenta el delirio de grandezas en los paralíticos.

II—DELIRIO DEPRESIVO

La agitacion no es incompatible con la melan-

colia en los paralíticos. A veces están agitados por un movimiento perpetuo, rompen sus vestidos, dan gritos penetrantes y quejumbrosos sobre todo en la noche. Calmeil da la siguiente descripcion de los paralíticos, en los cuales el delirio toma la forma melancólica. Dice: «Tienen un aspecto particular, quieren escaparse del contacto de los individuos que los protejen: escupen sin cesar al rededor de donde están, como queriendo desembarazarse de una saliva sospechosa: ofrecen una resistencia inusitada cuando se quiere hacerles ingerir medicamentos, tienen un insomnio pertinaz, son asaltados por voces amenazadoras, por ruidos extraños y hacen en algunos casos esfuerzos desesperados por darse la muerte.»

Esta forma de melancolia con agitacion se asemeja mucho á la mania aguda y entonces es muy importante (por su pronóstico y por su tratamiento) saber si es esencial ó sintomática y en este último caso, á veces tenemos que guiarnos por los trastornos somáticos solamente.

La melancolia puede acompañarse algunas veces de estupor. Este es muy raro en la parálisis general y cuando se presenta no es tan pronunciado, ni el silencio tan obstinado, como dice Esquirol, y se puede fácilmente hacer salir al enfermo de su mutismo. El estupor presenta segun Baillarger los caracteres siguientes en los paralíticos: «Tienen la mirada triste, la cara no está contraida. Nada indica en ellos la contencion dolorosa de la inteli-

gencia. Al contrario, parecen enteramente pasivos: no responden á las preguntas que se les hacen, por una especie de apatia ó pereza intelectual. Las concepciones delirantes no tienen la claridad de las de los melancólicos: estos viven en una especie de ensueño, lleno de ilusiones y alucinaciones.» Muy diferente de este es el aspecto del individuo afectado de estupor melancólico (esencial) y descrito por Esquirol, en los siguientes términos: «En estos casos, el pensamiento lejos de presentar el vacio psíquico de la demencia no cesa de estar activo, la sensibilidad está concentrada sobre un objeto y parece haber abandonado todos los órganos, el cuerpo está impasible á toda clase de impresion, mientras que el espíritu no ejerce su accion sino sobre un objeto único, objeto que absorbe toda su atencion y que suspende el ejercicio de todas las facultades intelectuales. La inmovilidad del cuerpo, la fijeza de los rasgos de la fisonomia, el silencio obstinado traicionan la contencion dolorosa de la inteligencia y de las afecciones.» Cuando este delirio melancólico con estupor se presenta en la parálisis general, á veces es muy difícil hacer el diagnóstico y saber si es sintomático de la primera ó si es estupor melancólico simplemente.

Esta forma de delirio melancólico en la parálisis, es muy rara en los paralíticos del Hospicio de las Mercedes. No he tenido ocasion de observar ningun caso, pero el Dr. Melendez ha tenido ocasion de observar varios y uno de ellos muy interesante,

en el cual no pudo hacer un diagnóstico cierto, sino á los cuatro meses de estar el enfermo en el establecimiento y que éste pudo ser interrogado.

El delirio de las persecuciones se presenta algunas veces, pero muy raras y tiene por carácter esencial y diferencial del verdadero delirio de las persecuciones, el no ser sistematizado.

El delirio hipocondriaco se presenta á veces en el período prodrómico de la afeccion, pero tambien constituye á veces el solo delirio del paralítico. Tiene por caracteres: el ser movible, es decir, que el alienado no tiene punto fijo sobre el cual versa su delirio por ejemplo, un dia se queja de dolores, etc., y otro dia dice que no tiene boca ni estómago. Tambien es ilógico y no razonado y diferente por esto del de los hipocondriacos ordinarios, que siempre atribuyen á alguna causa la existencia de su enfermedad y los paralíticos nunca le atribuyen causa y si se les interroga por sus pretendidos dolores, no dan causa ninguna. En el Hospicio de las Mercedes, he tenido ocasion de ver el siguiente enfermo atacado de parálisis general con delirio hipocondriaco. La observacion es la siguiente: B. M. Italiano, casado, de 39 años de edad, comerciante. De temperamento sanguineo, habia antecedentes hereditarios de locura por la rama paterna y un hermano de este individuo estuvo loco. Presentaba todos los caracteres de la parálisis general, es decir: el temblor de la lengua y de las manos, la dilatacion de la pupila, el trastorno de

la palabra, etc. Afectado de delirio hipocondriaco, tenia la idea de que estaba embarazado y que iba á dar á luz niños de oro.

El delirio impulsivo se manifiesta sobre todo por actos absurdos y criminales en el período prodrómico, llamado por Legrand du Saulle, período médico legal.

No siempre se presenta el delirio bajo estas formas en la parálisis general, sino que se comprueba un debilitamiento progresivo y lento de todas las facultades. Los enfermos trabajan difícilmente, pierden la memoria y se encuentran incapaces para todo; marchan lenta pero progresivamente hácia la demencia, que es el término comun de todas las parálisis generales. A esta forma, Requin le dió el nombre de parálisis general sin alienacion.

SÍNTOMAS DEL SEGUNDO PERIODO

En este período, los síntomas del primero se acentuan mas y algunos de los síntomas considerados como accesorios en el primer período, tienen en este bastante importancia. En este período las anestesias pueden desaparecer, lo mismo que las hiperestesias, pero estas algunas veces persisten y son el origen de concepciones hipocondriacas. Los dolores y las neuralgias desaparecen comunmente en el segundo período y la única que persiste algunas veces, es la cefalalgia fronto-parietal.

Los sentidos se embotan, la vista disminuye á causa de alteraciones que se producen ya en el nervio óptico, ya en la retina ó en sus vasos. El olfato que en el primer período estaba muy disminuido, queda en este completamente abolido. El gusto sufre una alteracion igual y algunas veces queda abolido completamente, pero esta abolicion completa no es muy comun. En este período los paralíticos tienen un modo especial de comer, toman los alimentos con los dedos, los introducen en

masa en la boca, á veces los dejan caer sobre sus vestidos, no los mascan y tragan bolos alimenticios voluminosos y como á veces hay parálisis de la faringe, el bolo toma camino distinto, se introduce en la traquea y produce accidentes de sofocacion y á veces la muerte por asfixia.

He tenido ocasion de presenciar, con el Dr. Goenaga, dos casos de este género y en los cuales uno de ellos fué fatal. Quizas la causa de que el enfermo trague bolos alimenticios voluminosos, sea debida á que estando disminuida la sensibilidad refleja de la faringe, para despertarla sea preciso el paso de bolos alimenticios voluminosos.

En este período, los paralíticos presentan un cierto grado de engrosamiento debido probablemente al exceso de alimentacion y á la falta de ejercicio. Los trastornos de orden paralítico pueden presentarse, pero son mas aparentes que reales, puesto qne si los enfermos tropiezan y caminan difícilmente levantando muy poco el talon del suelo, es mas bien debido á fenómenos de incoordinacion de orígen atáxico que á fenómenos paralíticos y tambien á la inercia y falta de voluntad del sujeto. Y esto lo confirma el hecho de que estos individuos que parecen paralizados, una vez excitados, despliegan una fuerza increible de la cual nadie los hubiera creido capaz. Sin embargo las parálisis pueden presentarse, ya localizadas, ya generalizadas, pasajeras ó persistentes y en este último caso, casi siempre son debidas á una com-

plicacion (hemorragia cerebral, meningo-encefalitis, etc.)

Los fenómenos pupilares son mucho mas acentuados. La desigualdad pupilar es mucho mas pronunciada que en el primer período: la estrechez pupilar es mucho menos frecuente. Entre los fenómenos de órden atáxico que se pronuncian mucho mas que en el primer período, tenemos el temblor de los miembros que se vuelve mucho mas continuo y persistente y la marcha especial de los paralíticos en este período es debido á esto. La escritura se vuelve mas temblorosa, irregular, casi geroglífica y á veces ininteligible. Los trastornos de la palabra, el tartamudeo y el temblor de ella son mucho mas pronunciados y el enfermo llega á un período, en que lo que habla, no es sino un balbuceo ininteligible y difícil de comprender.

Los trastornos psíquicos no aumentan mucho, el delirio se estaciona en su faz expansiva ó depresiva, persistiendo con los caractéres de movilidad, absurdidez, etc., de los cuales ya hemos hablado en el primer período. En este período se puede decir que disminuye el círculo sobre el cual giraban las ideas delirantes, el enfermo se vuelve muy pobre en sus concepciones y la fisonomia del enfermo toma el aspecto de la del demente. Los sentimientos afectivos están abolidos completamente, el enfermo no reconoce ni á sus parientes ni á sus amigos y permanece indiferente á todo lo que le rodea. Hasta los instintos están disminuidos:

no tienen ningun cuidado de sí mismos, rompen sus vestidos, etc. En una palabra, como dice Voisin: «en este período el enfermo no tiene de hombre, mas que la forma y el nombre» y en el tercer período que vamos á estudiar ahora «esta degradacion alcanza los límites extremos.»

SÍNTOMAS DEL TERCER PERÍODO

El paso del período precedente á éste se hace de una manera insensible. Muchos autores y entre ellos Marcé, señalan la incontinencia de las heces y de la orina, como el principio de este período. Aparte de los trastornos somáticos que no hacen mas que aumentar, el enfermo cae en una verdadera caquexia y el alienado paralítico ofrece en este período el verdadero ejemplo de la degradacion humana. Muchas veces su sensibilidad se extingue, la ataxia llega á un grado tal, que le es imposible al enfermo el moverse y al tenerse parado, la parálisis invade todos sus miembros y el enfermo se encuentra condenado al reposo en su cama. Las parálisis son generalizadas ó unilaterales y cuando estas últimas se producen lentamente la mayor parte de los autores creen con Baillarger, que son debidas á la atrofía del hemisferio cerebral correspondiente, lo cual ha sido comprobado en varias autopsias. Tambien pueden ser produ-

cidas por hemorragias ó reblandecimientos verificados en distintos puntos del encéfalo.

La parálisis del esfinter anal, á la que es atribuida la incontinencia de las heces, no siempre es la causa de esta, pues si bien es cierto que lo sea cuando la médula está atacada, cuando hay parálisis de los miembros inferiores, disminucion de la fuerza en ellos ó cuando hay una ataxia notable, tambien es cierto, que en muchos casos se ha encontrado la médula perfectamente sana. Entonces se atribuye esta incontinencia al estado de demencia, de apatía ó de indiferencia en que está el enfermo y no teniendo voluntad por decir asi, no puede retener sus materias fecales y su orina; lo mismo que le sucede á un individuo afectado de melancolia con estupor, que si bien presenta esta misma incontinencia, no es debida á una lesion de la médula sino á su falta de voluntad, en una palabra.

En este período, las facultades intelectuales llegan á la degradacion mas completa. El delirio, ya sea el de grandeza ya el depresivo, desaparece y el enfermo cae en la demencia absoluta. A veces persisten algunas ideas delirantes, el enfermo balbucea las palabras de millones, millares, rey, etc., es decir, sobre la idea mas culminante sobre la cual ha girado su delirio. Son atraidos por todos los objetos que brillan, toman y guardan piedrecitas, vidrios, etc., y algunas veces llegan hasta ingerir estos cuerpos extraños. En los enfermos que

han tenido delirio de grandezas, la demencia llega rápidamente: pierden la memoria, no se acuerdan ni de los hechos pasados ni de los que acaban de hacer un momento antes, permanecen indiferentes, los sentimientos afectivos desaparecen completamente, no reconocen á su familia, aunque algunas veces reconocen perfectamente á las personas que los cuidan. De este período, en que los enfermos llegan á los últimos grados de la degradacion humana, Lasegue ha dicho: «Estos dementes insensibles á toda escitacion física y moral, han cesado de vivir antes de morir.»

Las funciones digestivas se conservan á veces en este período. Los enfermos comen con avidez y digieren perfectamente, no tienen diarrea (la constipacion es bastante frecuente), pueden engrosar y toman un aspecto de bienestar engañoso, como los alienados afectados de demencia simple: pero casi siempre se produce un enflaquecimiento progresivo, aun en el caso de que las funciones digestivas estén intactas y entonces se presenta la caquexia caracterizada por el tinte pálido-terroso de la piel, las secreciones cutaneas se vuelven muy fétidas, el pelo está pálido y sin brillo, se quiebra y cae fácilmente y se presentan las escaras ya en la region sacra, ya en el talon. Aparecen en estos puntos que están sometidos á la compresion, la piel se gangrena, se esfacela y da lugar á la produccion de un úlcera, bastante difícil de cicatrizar. Estos escaras son debidas segun algunos á falta de

una úlcera, bastante difícil de cicatrizar. Estos escaras son debidas segun algunos á falta de cuidado de los enfermos, pero como se producen tambien en los enfermos mas bien cuidados, parecen ser debidas á una alteracion del eje cerebro-espinal (tróficas).

Los tumores sanguineos del pabellon de la oreja y que se les dá el nombre de othematomas, son segun Voisin bastante comunes y debidos ya al frote de la cabeza contra los almohadas, ya á golpes que reciben los enfermos ó á malos tratamientos de parte de los enfermeros. Tienen cierta importancia bajo el punto de vista del pronóstico, que si no son traumáticos (los mas comunes) indican un estado malo de la sangre, puesto que se resuelven muy difícilmente y tambien indican la caquexia y por lo tanto la incurabilidad del paralítico. En los paralíticos del Hospicio de las Mercedes esta complicacion es muy rara, pues en dos años de internados no he visto ningun othematoma. Segun Voisin este síntoma se presenta en unos establecimientos mas que en otros y cita el caso de la Salpetriere, en el cual desde hace seis años que se mejoró el personal de sirvientes y enfermeros, este síntoma es casi desconocido. Las alteraciones de la sangre muy frecuentes en este período predisponen á la gangrena de las estremidades.

FORMAS Y MARCHA—DURACION

TERMINACION

FORMAS

Ball admite varias formas de parálisis:

I—Parálisis general sin alienacion

Esta forma muy bien estudiada por Sandras y Requin, está caracterizada por la poca intensidad de los trastornos psíquicos, el delirio es poco pronunciado y á veces existe bajo la forma de ideas fugaces de grandeza, de melancolia, de hipocondria; pero estas ideas no siguen aumentando y quedan en su estadio primitivo, esto es, rudimentarias. Baillarger, Ball y otros autores creen que siempre la alteracion de la inteligencia existe y aunque no se manifieste por el delirio ruidoso que acompaña las otras formas de parálisis general, siempre esta conduce á la demencia, que se manifiesta por la pérdida progresiva de la memoria, la incapacidad

absoluta para el trabajo, etc. Los trastornos somáticos son los que predominan en esta forma y la duracion de la vida es mayor que en las demás formas de parálisis. Es mas comun en la mujer.

II—Parálisis general de forma espinal ó ascendente

En ésta los primeros síntomas se manifiestan del lado de la médula. Principia á veces por la ataxia locomotriz, una ciática ó una paraplegia y la alteracion de la médula se propaga al encéfalo y da lugar á la produccion de la parálisis general.

III—Forma congestiva

Esta forma muy bien estudiada por Baillarger, principia á veces por vértigos, somnolencia ó por los fenómenos comunes de la congestion cerebral. Otras veces acompañada de ésta, se presenta una escitacion maniaca violenta, lo cual habia hecho creer á muchos autores en la existencia de la locura congestiva. Los trastornos intelectuales duran muy poco, pero el enfermo está sujeto de tiempo en tiempo á estas congestiones, que se acompañan ó no de delirio, el cual dura muy poco. Despues de pasadas estas congestiones, queda un ligero trastorno de la palabra, una dilatacion muy poco apreciable de la pupila y un ligero temblor de las manos y de la lengua y algunas veces se comprueba un ligero debilitamiento de la inteligencia. Des-

pues de varios ataques congestivos, la parálisis se establece y sigue su marcha fatal.

IV—Forma depresiva

La forma depresiva ó melancólica no es muy comun y el delirio tiene todos los caracteres que hemos dicho al hablar de la sintomatologia de la parálisis.

V—Forma expansiva

La caracteriza el delirio de grandezas.

VI—Forma convulsiva

En esta forma, la parálisis general es precedida durante varios años de ataques de epilepsia bien caracterizados.

VII—Forma circular

En esta forma, los delirios expansivo y depresivo se suceden el uno al otro con largos intervalos, á veces el intérvalo es de un dia. Cuando se presenta esta forma, el delirio depresivo toma, segun Ball, la forma hipocondriaca y el delirio expansivo, forma de mania aguda.

VIII—Parálisis general aguda ó galopante

Algunas veces la parálisis general sobreviene en un individuo perfectamente sano ó si ya presenta-

ba algunos síntomas de parálisis, esta recorre todos sus períodos con una rapidez asombrosa, en quince dias y algunas veces en ocho dias, terminando por la muerte ó pasando al estado crónico. Es fácil confundirla con la mania aguda y tiene tambien mucha semejanza con la meningitis aguda.

MARCHA

No todos los paralíticos presentan la sucesion de síntomas de que hemos hablado antes, con tanta regularidad. Los trastornos somáticos y psíquicos no marchan siempre á la par: hay enfermos en quienes se manifiesta una violenta escitacion maniaca, seguida al cabo de unos cuantos dias ó de dos ó tres semanas de una calma pasagera y el enfermo cae en la demencia. Otras veces el delirio se alterna y uno que tenia ideas ambiciosas, tiene despues de varios dias ideas depresivas y asi sucesivamente. Otras veces el trastorno de la palabra puede desaparecer durante algun tiempo ó aumentar de un modo tan brusco, que á veces le es imposible el articular momentaneamente ningun sonido. Se observa las mismas alternativas en los trastornos de la movilidad.

Tambien se observan en todos los períodos de la enfermedad remitencias pasajeras mas ó menos durables, caracterizadas por la disminucion temporaria de los síntomas; á estas se les da el nombre de remisiones, las cuales son de dos clases: unas, no son mas que un período de detencion de la

enfermedad, en el cual el entermo no se agrava y los síntomas quedan estacionarios y otras, en las que los trastornos psíquicos y somáticos disminuyen lentamente, pero sin desaparecer completamente y el enfermo tiene la apariencia de que goza de perfecta salud. En los casos de remision, Sauze dice que jamás la inteligencia vuelve á su estado primitivo.

Las remisiones se presentan en todos los periodos de la parálisis general, pero son mucho mas comunes en el primer período y en general tanto mas comun cuanto mas cerca se está del principio de la enfermedad. Se han visto segun Marcé, remisiones en el tercer período, en enfermos que tenian ya escaras y en un estado de caquexia y demencia bastante avanzado, han recobrado las fuerzas y mejorado mnchísimo su estado y conservando durante varios meses un estado de salud satisfactorio. Sin embargo, en los casos que hay remisiones parece que la parálisis general recorre todos sus períodos con mucha mas rapidez que en los casos en que no los hay. La duracion de las remisiones es muy variable: duran desde un mes hasta varios años y algunos autores citan casos, en los cuales la remision duró hasta quince años.

DURACION

Es muy difícil poner un término preciso á la duracion de la parálisis, pues esta varia segun las diferentes formas. La parálisis general con delirio

ambicioso, dura en término medio, tres años, segun la mayoria de los autores. Parchappe dice que dura un año y once meses, Calmeil le asigna una duracion de trece meses, Bayle diez meses; es pues muy difícil señalar un término preciso de la duracion de ella. No siempre dura tan poco tiempo, pues Lunier, cita el caso de una paralítica que vivió 20 años en el asilo de Blois. Segun Ball, la duracion media de la enfermedad es de diez y ocho meses á dos años. La afeccion tiene mayor duracion en las formas de demencia paralítica y en la forma espinal.

TERMINACION

La parálisis general puede terminar por la curacion, aunque esta es muy rara, dada la naturaleza del proceso inflamatorio. Esta puede verificarse mas fácilmente en el primer período, que en los demas. Esquirol cita casos de curacion, consecutiva á la aparicion de una erupcion de forúnculos en el cuerpo del individuo. En el caso citado por Esquirol, la curacion persistió durante cinco años y el enfermo murió de hemorragia cerebral. Earle (citado por Voisin) cita un caso en el cual la curacion duró diez años y esta fué producida por la aplicacion de un sedal en la nuca. Baillarger cita un caso de curacion que persistió mas de cinco años y que fué consecutiva á una amputacion de la pierna que tuvo que sufrir el enfermo. Brunet y Doutrebente (citados por Ball)

citan ígualmente casos de curacion ó á lo menos, casos en los cuales la remision ha sido tan dura-dera que se podia creer perfectamente, en la curacion de la parálisis. La terminacion mas comun en casi todos los casos, es la muerte. Esta se produce, ya por el hecho de enfermedades intercurrentes que se presentan á veces sin causa aparente, como la neumonia la cual produce rápidamente la muerte ó ya por los progresos mismos de la enfermedad, en la cual el enfermo debilitado es llevado, ya por la diarrea colicuativa ó ya por el marasmo y la adinamia en que está sumido. Puede sucumbir tambien, en una crisis violenta de escitacion maniaca, que puede tomar todos los caracteres del delirio agudo: ó por ataques congestivos ó comatosos que se repiten con cortos intérvalos. Hay una causa que merece mencion especial y es la asfixia de origen mecánico, producida por el paso de un bolo alimenticio á la traquea.

COMPLICACIONES

Las complicaciones mas frecuentes que se presentan en el curso de la parálisis general son: los ataques apopléticos, los ataques epiletiformes, las congestiones cerebrales y las lesiones espinales.

ATAQUES APOPLETIFORMES

Estos ataques suelen preceder algunas veces á la explosion de la parálisis general y en estos casos, entre uno y otro ataque, queda un intervalo de tiempo, durante el cual el enfermo se siente relativamente bien (remision). Dejando pues de lado, los que se pueden presentar durante el período prodrómico y que tienen mucha semejanza con los que se producen durante el período de desarrollo de la enfermedad; solo estudiaremos aquí estos últimos.

Calmeil (*) da la siguiente descripcion magistral: «Algunas veces en un paralítico, cuyas funciones

(*) Calmeil. Enfermedades inflamatorias del cerebro.

intelectuales se resienten ya de un ligero debilitamiento y en el cual la lesion de la motilidad no es sensible, sino por el trastorno de la palabra y una ligera incertidumbre en la marcha, cuya salud general no ha sido hasta ahora mas que floreciente, se encuentra de golpe con la imposibilidad de articular claramente las palabras y con la imposibilidad de sostenerse sobre sus piernas: se apercibe al mismo tiempo, que es poco sensible á las impresiones del tacto y que la obnubilacion de su inteligencia, no le permite darse cuenta de las preguntas que se les hace, de asociar convenientemente sus ideas y de indicar por respuestas sensatas ó á lo menos por gestos significativos las sensaciones que experimenta. Las manifestaciones de este conjunto de síntomas, son acompañadas de la emision involuntaria de la orina y de las materias fecales, de la aceleracion de los latidos arteriales, de la persistencia de un rubor intenso de la cara y de la dificultad en el cumplimiento del acto de la respiracion. Sometidos los enfermos á un tratamiento conveniente, se mejoran en el espacio de algunos dias: pero se apercibe claramente, la agravacion de los diferentes síntomas que se manifestaban en ellos, antes de la explosion del ataque apopletiforme y aun se ve despues de este ataque sobrevenir sea una agitacion maniaca violenta, sea accesos de delirio ambicioso muy tenaces ó tambien pueden sobrevenir los signos de una demencia rápida. Otras veces

este ataque se manifiesta, por la pérdida de conocimiento de una manera repentina y completa y quedan los enfermos, veinte y cuatro ó treinta y seis horas en un estado de inmovilidad, de insensibilidad y de embrutecimiento parecido al estado comatoso. Estos ataques tienen de particular, el que se manifiestan en aquellos sujetos, en los cuales la parálisis general tiene una marcha lenta». Casi siempre faltan á estos ataques síntomas precursores: algunas veces, pero raras, se nota en el enfermo una agitacion insólita ó una agravacion del delirio ó despues de una remision mas ó menos duradera. La insolacion, una impresion moral muy viva, una comida abundante pueden producirlos. La temperatura central en estos ataques, aumenta siempre de uno á dos grados y á veces alcanza hasta 40°, por la tarde. Una vez que los enfermos han entrado en convalescencia de su ataque, la temperatura baja progresivamente; pero no se puede decir que están exentos de peligro, sino cuando la temperatura ha bajado hasta la normal. Calmeil es de opinion, de que si pudiesen evitarse estos ataques se duplicaria la vida del paralítico.

Bajo el punto de vista del pronóstico, estos ataques son graves, no solo por el peligro de la vida del individuo, pues segun la estadística de Voisin mueren uno sobre tres atacados; sino bajo el punto de vista de que, salvando el enfermo del peligro del ataque, la parálisis general experimenta una nueva recrudescencia, los síntomas físicos y psíqui-

cos se agravan y á veces aceleran la presentacion de la demencia; pues estos ataques hacen experimentar á la memoria una disminucion muy rápida. La aparicion de un primer ataque, predispone al enfermo á su repeticion.

No siempre los ataques toman el caracter apopletiforme, sino que á veces toman un caracter epileptiforme bien marcado, con el grito inicial, la palidez de la cara seguida del rubor de ella, la presencia de la espuma en la boca y las convulsiones clónicas y tónicas características de la epilepsia. Casi todos estos ataques tienen por causa las congestiones, que se verifican en el encéfalo y que no siempre se traducen por estos ataques, y que á veces presentan el cuadro sintomatológico de la congestion cerebral comun.

Las lesiones espinales pueden sobrevenir, ya conjuntamente con la aparicion de la parálisis general, ya despues de la aparicion de esta. Se caracterizan por síntomas atáxicos, cuando están interesados los cordones posteriores ó la atrofia muscular progresiva, cuando están interesados los cuernos anteriores ó por los síntomas de una meningitis espinal ó de una mielitis.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la parálisis general ofrece muchas dificultades, sobre todo en su período prodrómico en que á veces es imposible: y es necesario esperar á la aparicion de los trastornos físicos para afirmar el diagnóstico. Sin embargo, declarada ya la parálisis general, ofrece sus dificultades por el carácter del delirio que es comun á otras vesanias, y á veces porque los trastornos físicos no están bien acentuados. Es de suma importancia el diagnóstico de la parálisis, no solo bajo el punto de vista del pronóstico, sino tambien del tratamiento, puesto que por medio de un tratamiento apropiado podemos detener la evolucion de ella; y si no es posible esto, á lo menos se puede alargar la vida del enfermo. Por lo tanto, no es solo en el delirio que acompaña á la parálisis, que podemos fundar su diagnóstico, sino tambien que es de suma importancia el estudio de los trastornos físicos y Ball dice á este respecto, que solo los tras-

tornos de la motilidad nos pueden dar la certidumbre del diagnóstico de la parálisis general.

Para mayor claridad en su estudio, podemos dividir las afecciones que se pueden confundir en la parálisis general en dos categorias: 1ª Aquellas vesanias caracterizadas por no producir lesion anatómica especial en el encéfalo y en las cuales el delirio, es el caracter fundamental y distintivo y por el cual, solo á veces se hace el diagnóstico: 2ª Aquellas lesiones que producen alteraciones orgánicas bien definidas en el encéfalo.

I.—Vesanias sin lesion anatómica especial y en las cuales el delirio es el caracter principal

Tenemos aquí: la manía, la melancolía, locura circular, hipocondria y la demencia simple. Como sabemos, todas las formas del delirio pueden presentarse en la parálisis general y ésta puede simular una manía aguda. Sin embargo, el trastorno de la palabra, el temblor de la lengua y de los labios, la dilatacion de la pupila y los demás síntomas físicos antedichos. La variedad del delirio ambicioso sin escitacion maniaca, puede ofrecer muchos puntos de semejanza con la parálisis general con delirio ambicioso; pero en esta forma el carácter del delirio nos da un punto de apoyo, suficiente para el diagnóstico. En efecto, tenemos que en la Megalomanía, el principio del delirio es brusco, debuta casi siempre sin prodromos, la actitud del enfermo es orgullosa, característica; la mirada es

segura y altanera, su fisonomía demuestra el desden y la fiereza. En sus modales y costumbres imitan al personaje, que pretende ser; se identifican con el rol que creen que están llamados á llenar. Tienen un sentimiento exajerado de su personalidad, están contentos y satisfechos, son susceptibles é irritables en la menor contradiccion sobre su delirio. Los sentimientos morales ó afectivos han desaparecido ó están muy pervertidos. Su delirio es ordenado, explican perfectamente al que lo interroga, todas sus transformaciones. Si él se cree rey, dice que es descendiente de reyes, niega su familia, forma un arbol genealógico á su modo: en una palabra, se adopta al modo de ser del personaje sobre el cual versa su delirio Tiene alucinaciones é ilusiones y sobre todo alucinaciones del oido. La memoria se conserva fiel durante mucho tiempo, á veces todo el tiempo que dura la enfermedad que puede durar varios años. No sucede así en la parálisis general. Aparte del principio casi siempre precedida de prodromos de esta, no tenemos en los paralíticos la actitud del megalomano, ni sus modales ni sus costumbres. Su delirio no es ordenado, es decir, no es lógico, regular, bien encadenado como en la megalomania, pues si le pregunta al enfermo sus antecedentes de familia los dán como son y no hacen su genealogia: es muy movible, pues ya el enfermo se cree rey y á la hora de esta idea, se cree millonario, papa, etc. Tambien hay otro carácter mas y es que en los para-

líticos no existen ó son muy raras las alucinaciones del oido. La memoria se pierde rápidamente, mientras que los megalomanos la conservan perfectamente durante mucho tiempo y finalmente en la megalomania no se presentan nunca los trastornos físicos propios de la parálisis y que esta conduce mucho mas rápidamente que la primera, á la demencia y la muerte.

La forma de parálisis general aguda que ya hemos descrito, puede presentar alguna similitud con el delirio agudo, por la fiebre, la escitacion, la aceleracion del pulso, por las fuliginosidades de la boca, etc. Pero siempre se distingue el delirio agudo, de la parálisis general porque esta conserva y se acompaña de todos sus síntomas físicos los cuales no se presentan en el delirio agudo: el diagnóstico seria muy difícil, solo en el caso de encontrarnos en presencia de un enfermo con escitacion y en el cual no se pudieran recojer antecedentes: entonces solo la autopsia podia asegurar el diagnóstico hecho en vida. Igual cosa puede suceder, si nos encontramos en presencia de un caso de demencia simple y cuando los antecedentes no pueden ser averiguados. Ball cita á este respecto el caso de un demente, el cual á todas las preguntas que se le hacian respondia con el número catorce: tenia catorce hijos, catorce años, etc, y se diagnosticó una demencia primitiva. Murió el enfermo y la autopsia demostró que se trataba de un paralítico general.

La parálisis general con delirio melancólico, es á veces difícil de diferenciar de la melancolía simple. Si el delirio melancólico de la parálisis general se acompaña de estupor, es tambien bastante difícil el diferenciarlo del estupor, melancólico primitivo. En el primer caso, tenemos como signos diferenciales de la parálisis, el que esta se inicia á veces con delirio ambicioso, que luego se transforma en melancólico; por los trastornos intelectuales por la pérdida de la memoria, la incapacidad para el trabajo, etc., mientras que estos síntomas no los tenemos en la melancolía, en la cual nunca se manifiesta tan rápidamente la decadencia intelectual, ni la pérdida de la memoria, etc. La expresion de la fisonomía es característica del melancólico y está en relacion con los pensamientos tristes que lo dominan y traduce ya el temor, la desconfianza, etc., y cuyos caracteres no se presentan en el paralítico. El delirio nos da datos importantes para el diagnóstico. El delirio del melancólico gira siempre en el mismo círculo: se cree perdido, arruinado, deshonrado, teme los mas espantosos castigos, se cree perseguido ú objeto de la risa de los demás, etc. El delirio de los paralíticos no tiene estos caracteres; es un delirio movible, sin idea fija, caracterizado por lo absurdo de sus concepciones y por las contradicciones grotescas en que incurren, sea al hablar sea al escribir, lo cual no se manifiesta nunca en la melancolía, ni tampo-

co se manifiestan en esta los trastornos físicos de la parálisis.

Cuando hay estupor bastante acentuado y el enfermo guarda un silencio obstinado y en este caso en que no hablando el enfermo, no podemos sacar partido del estudio de sus trastornos intelectuales, lo mejor es esperar á que se acentuen los síntomas físicos ó á que hable el enfermo. Marcé cita el caso de un individuo que despues de haber guardado durante cinco meses un silencio obstinado, acabó por decir, un dia al ser interrogado de quién era hijo: soy hijo del emperador contestó tartamudeando, lo cual bastó para aclarar las dudas en que estaba envuelto su diagnóstico.

La parálisis puede confundirse con la locura circular, en el caso de que tengamos un paralítico con escitacion y depresion alternativas; pero en este caso, el delirio no es tan absurdo ni tan incoherente como en el paralítico; sobre todo si presenta delirio ambicioso, pero hay veces que en este caso, si no existen trastornos somáticos es muy difícil hacer el diagnóstico. Regis señala un signo diagnóstico importante, que puede servir de mucho y consiste en la diferencia de carácter del paralítico y el alienado atacado de locura circular: el primero está caracterizado por una benevolencia habitual, mientras que los segundos tienen un carácter orgulloso malvado y agresivo. En fin la evolucion de la enfermedad es mas rápida en los primeros que en

los segundos y estos no presentan nunca los trastornos físicos de los primeros.

La epilepsia puede confundirse en el segundo período (ataques epileptiformes), pero los trastornos físicos le dan á la parálisis un carácter diferencial muy noto.

II.—Lesiones que producen alteraciones orgánicas bien definidas en el encéfalo

Entre la lesiones orgánicas que pueden simular la parálisis general, tenemos la hemorragia y el reblandecimiento cerebral. En estas tenemos que las hemiplejias son siempre permanentes y no transitorias como en la parálisis. Algunas veces, cuando estas se acompañan de trastornos de la palabra, es fácil la confusion con la parálisis general sin alienacion, pero tenemos que en las primeras aunque haya trastornos de la palabra, el temblor de la lengua y los labios, etc., no existe. La edad es un buen signo diferencial, pues las primeras se producen casi siempre despues de los cuarenta y cinco años, mientras que la segunda aparece á una edad mucho mas temprana. En cuanto á los tumores cerebrales, estos se distinguen de la parálisis general, porque se acompañan de vómitos, vértigos, parálisis limitadas, lesiones de la pupila (neuritis por éstasis) y de la retina y á veces de amaurosis. La sífilis, el alcohol y el plomo, dan lugar á afecciones caracterizadas por un conjunto

de síntomas muy análogos á los de la parálisis general, pero que se distinguen de esta, en que son esencialmente curables. Estas afecciones son conocidas bajo el nombre de Pseudo-parálisis sifilítica, Pseudo-parálisis alcohólica y Pseudo-parálisis saturnina.

La Pseudo-parálisis sifilítica se distingue de la parálisis general: 1° por los antecedentes: 2° por la edad, aunque la pseudo-parálisis es un accidente terciario y tardio de la sífilis: 3° porque se acompaña de parálisis limitadas de los músculos motores del ojo (Ptosis, Estrabismo externo): 4° por el tratamiento, que es la verdadera piedra de toque del diagnóstico, pues la pseudo-parálisis cede rápidamente y desaparecen todos sus trastornos con un tratamiento antisifilítico bien dirijido.

La pseudo-parálisis alcohólica, se distingue de la parálisis general: 1° Por los antecedentes alcohólicos (En los paralíticos en el primer período suele presentarse la Dipsomania, la cual debe atribuirse no como causa de la parálisis, sino como efecto de ella). 2° El ataque de pseudo-parálisis se presenta despues de haber hecho el enfermo un esceso alcohólico. 3° El temblor y los demás signos físicos se pueden presentar aquí, pero se diferencian: *a)* porque en el alcohólico el temblor es en masa es decir, tiembla todo el miembro y aun el cuerpo: *b*) en el paralítico es un temblor muy fino, menos acentuado y aun apenas sensible. 4° Por los trastornos de la sensibilidad, que en los alcohólicos es

siempre la regla, ya sea la hiperestesia ya la anestesia: mientras que en los paralíticos son poco frecuentes y la anestesia cuando existe es tardia: 5° Por las alucinaciones de la vista (zoopsia) que siempre existen en los alcohólicos y son rarísimas en los paralíticos (á no ser que hayan sido primitivamente alcohólicos). 6° Por ser esencialmente curable una vez suprimido el agente, alcohol; lo lo cual no sucede con la parálisis general. Ball cita á este respecto el caso de un obrero que habia sido secuestrado diez y seis veces en el asilo de Santa Ana y en el cual la pseudo-parálisis recidivaba á cada esceso alcohólico que cometia.

La pseudo parálisis saturnina se distingue: 1° Por los antecedentes (Envenenamiento por el plomo, obrero en objetos de plomo, oficio de pintor etc.) 2° Porque en esta el delirio toma el tipo de la demencia. 3° Por la coloracion amarilla-pálida de la piel del sujeto, por la coloracion azul oscura del reborde de las encias, por los cólicos saturninos, por la constipacion pertinaz, por las parálisis de los músculos estensores. 4° Por ser esencialmente curable con un tratamiento bien dirigido (evacuantes, sudoríficos, tónicos, baños sulfurosos, yoduro de potasio, electricidad).

PRONOSTICO

Todos los autores están conformes respecto al pronóstico de esta afeccion. Dicen: la muerte es la regla; la curacion la escepcion. Sin embargo es de esperar, que tomado el enfermo en el primer período de su enfermedad, pueda detenerse con tiempo la marcha de la parálisis. Las remisiones de las que ya hemos hablado, pueden ser bastante duraderas para hacer creer en la curacion. Ball cita dos casos de curacion. Voisin en su tratado de la parálisis cita diez casos referidos por varios alienistas como curados. El pronóstico varía con las formas de parálisis. La forma depresiva es menos grave que la forma con escitacion ó la forma ambiciosa. La mas grave es la forma demente primitiva con escitacion (porque se acompaña de trastornos gástricos.)

TRATAMIENTO

El tratamiento influye mucho en la marcha de la parálisis, ejerciendo una influencia favorable sobre las remisiones, las cuales prolongándose bajo la influencia de este, pueden prolongar mucho la existencia. Diversos tratamientos han sido empleados no solo con este fin, sino tambien con el fin de producir la curacion; la cual aunque es muy rara, se puede no solo intentar sino conseguir, sobretodo si se atiende al enfermo en el período prodrómico, en el primer período. Durante mucho tiempo estuvo en boga el tratamiento de la parálisis por la aplicacion de un sedal en la nuca: aunque algunos autores le atribuyen casos de curacion, sin embargo no están bien comprobados y lo que se consigue en la mayor parte de los casos con la aplicacion de éste, es aumentar el debilitamiento del enfermo. Los revulsivos y los cáusticos en la nuca y en el cuero cabelludo se han usado mucho, pero sin resultado. La hidroterapía no produce

ningun resultado como lo creen algunos autores, aunque Voisin sostiene que los baños frios dan muy buenos resultados, sobre todo en los casos de locura paralítica con estupor y previenen los ataques congestivos; pero en oposicion con Voisin está Ball que dice que no solo, no producen buenos resultados, sino que tambien son nocivos, por la facilidad con que exponen á los paralíticos, á contraer afecciones de las vias respiratorias. Las emisiones sanguíneas han sido tambien preconizadas, pero solo se pueden usar en el caso de un enfermo de temperamento sanguíneo y sujeto á un ataque apopletiforme intenso. En otros casos, podemos usar las sanguijuelas colocándolas ya en las apofisis mastoides ya en otro sitio; pero teniendo muy en cuenta el estado general del enfermo y tambien el que estas emisiones sanguíneas, no deben ser usadas ni en el segundo ni el tercer período de la parálisis. La electricidad tampoco ha dado resultados.

Entre los agentes farmacéuticos preconizados contra esta terrible enfermedad, tenemos en primer lugar el Mercurio. Este solo da buen resultado en los casos de pseudo-parálisis sifilítica ó de parálisis general con antecedentes sifilíticos. El yoduro de potasio á la dósis de un gramo diario suele dar buen resultado aunque no hayan antecedentes sifilíticos. Cuando hay agitacion, se le puede dar conbinado con el Bromuro de potasio ó el Bromuro de sodio. En los casos de agitacion, el cloral á la dosis de

dos á seis gramos diarios da buenos resultados, pues la calma á esta. Tambien se ha empleado mucho la ergotina, la veratrina y el arsénico, sobre todo en las formas muy agudas y en el primer período; pero se puede decir que no han dado un resultado satisfactorio.

Cuando existe un estado gástrico bastante pronunciado, puede usarse el tártaro estibiado, pero vigilando mucho su accion á fin de que no aumente ó produzca postracion en el enfermo. La constipacion que es bastante frecuente en los paralíticos, debe ser tratada ó por los purgantes suaves ó por los purgantes salinos; rara vez está indicado un purgante drástico para combatir este síntoma. Debe tenerse mucho cuidado en el uso repetido de purgantes, pues estos producen la diarrea y si esta se establece es una complicacion muy dificil de detener y que facilmente produce la terminacion fatal de la parálisis. Finalmente los tónicos y los ferruginosos deben ser usados, no solo para sostener las fuerzas del enfermo, sino tambien para combatir cierto grado de anemia mas ó menos pronunciado.

Réstame solo decir una palabra sobre el tratamiento de las complicaciones de esta afeccion. Las complicaciones mas frecuentes son: los ataques epileptiformes y los ataques apopletiformes. Respecto á los primeros, el tratamiento que da mejor resultado, es por el uso de los Bromuros de sodio ó de potasio 1 á 2 gramos diarios, el cloral á la dosis que hemos indicado anteriormente y las aplicacio-

nes frias sobre la cabeza. Algunos autores creen que estos ataques no exigen tratamiento; pero como son de orígen congestivo y pueden comprometer la vida, la mayoria de los autores les hacen un tratamiento, destinado á calmar la escitacion.

Respecto á lo segundo ó sea á los ataques apopletiformes, se debe usar un tratamiento antiflojístico enérgico. Se deben usar los purgantes ya salinos ya drásticos con el fin de producir una derivacion eficaz. Tambien se usan las aplicaciones frias sobre la cabeza y los sinapismos volantes sobre el cuerpo ó sobre los miembros.

Las escaras deben de ser evitadas: ya por la higiene perfecta del enfermo ya por el empleo de colchon de aire: Pero á veces, por mas cuidado que se tenga las escaras se establecen y entonces no hay mas que tratarlas por los lavajes antisépticos y por la aplicacion de polvos antisépticos como los polvos de quina y carbon, etc.

OBSERVACION I

E. G., oriental, de treinta y tres años de edad, de temperamento nervioso, de estado casado, de profesion empleado, entró al Hospicio de las Mercedes el 19 de Octubre de 1887. No tiene antecedentes de vesania, de hemorragia cerebral ni de sífilis en sus ascendientes. En cuanto á sus antecedentes personales, de los datos que pude recojer se deduce que siempre fué un hombre sano, que tuvo algunas enfermedades venereas leves, pero no

tuvo sífilis. Se le atribuyó como causa de su enfermedad, el haber sido destituido del empleo que tenia y que era el único sosten de su familia. A su entrada al Hospicio, presentaba los síntomas siguientes: una escitacion maniaca bastante intensa, dilatacion pupilar muy pronunciada sobre todo en la pupila derecha que estaba mucho mas dilatada que la izquierda, temblor fibrilar muy apreciable en las manos, lo mismo que en la lengua y en los labios: el trastorno de la palabra era muy pronunciado, hasta el punto de que ciertas palabras le eran muy difíciles de pronunciar. Habia una disminucion bastante notable de la fuerza á la presion. Sus sentimientos afectivos estaban muy embotados y estaba indiferente para con su familia y amigos. Su delirio era el delirio de grandezas típico. Muy movible, se creia un dia dueño de grandes estancias, caballos, otro era general, millonario etc. Habia una disminucion muy marcada de la memoria, puesto que no se acordaba de los hechos recientes, que le habian sucedido. Los primeros dias los pasó en este estado de escitacion, pero mucho mas intensa. Tenia anestesia de la piel y se golpeaba fuertemente contra los hierros de la cama y tuvo accesos impulsivos con sus compañeros de infortunio y con los enfermeros que lo cuidaban. Sometido á un tratamiento, por los revulsivos, los purgantes y el cloral á altas dosis, esta escitacion disminuyó y al cabo de un mes de tratamiento habia desaparecido. Los síntomas paralíticos siguieron igualmente un

orden decreciente y se manifestó una remision bastante acentuada, tanto que en Marzo de 1888, no presentaba mas que un lijero trastorno de la palabra muy poco apreciable, la dilatacion pupilar habia desaparecido y la memoria estaba bien, puesto que recordaba todo lo que le habia pasado durante su enfermedad. Como este estado satisfactorio persistiera mas de un mes, fué dado de alta á fines de Abril del mismo año. Pero esta remision duró muy poco. A mediados de Junio del mismo año volvió á entrar al establecimiento, con una agravacion manifiesta de todos los síntomas que habia presentado antes. Su delirio no era tan ruidoso como la primera, ni estaba tampoco en ese estado de agitacion maniaca primitiva, pero su delirio era el delirio de grandezas como la primera vez. Los trastornos somáticos fueron aumentando, el trastorno de la palabra aumentó tanto que á veces le era muy difícil al enfermo, el articular las palabras. Los trastornos de la motilidad siguieron un orden progresivo, las fuerzas le abandonaron y cayó el enfermo en cama; sus facultades intelectuales fueron decayendo paulatinamente y en Enero de 1889 ya la demencia se habia apoderado de él. Continuó en este estado hasta el 2 de Marzo del mismo año, en que murió de Disenteria. Su autopsia no me fué posible hacerla.

OBSERVACION II

J. F. Argentino, de 57 años de edad, de tempe-

ramento sanguíneo, de profesion rentista entró al Hospicio de las Mercedes el 8 de Julio de 1887. En cuanto á sus antecedentes hereditarios, hay herencia vesánica pues dos de sus hermanas han sido alienadas: los antecedentes adquiridos no me fueron posible conseguirlos. Presentaba los síntomas siguientes: No tenia escitacion maniaca, presentaba un temblor característico de las manos, de los labios y de la lengua, la dilatacion pupilar era poco marcada y el trastorno de la palabra bastante acentuado, sobre todo cuando hablaba durante largo rato. Su memoria se conservaba bastante bien, respecto á los hechos en que habia sido actor, pero interrogado durante un espacio de tiempo no muy largo, se olvidaba y confundia facilmente las fechas de dichos sucesos. Respecto á los hechos recientes ó los recordaba muy mal ó no se recordaba de nada. No podia hacer una operacion cualquiera de aritmética sin confundirse y equivocarse por repetidas veces. Su escritnra era característica de la parálisis. Sus sentimientos afectivos estaban bastante dismi-nuidos. Su delirio era el delirio de grandezas típico. Cuando se le interrogaba no hacia mas que hablar de sus palacios, de sus millares de millones, etc., pues todos los bienes que poseia los poseia por millares de millones. A pesar del tratamiento instituido, estos síntomas en vez de disminuir siguieron un orden creciente y la marcha de la parálisis fué acelerada, por un ataque congestivo que puso en inminente peligro su vida. Despues de este ata-

que el trastorno de la palabra se acentuó tanto, que lo que hablaba no era mas que un balbuceo ininteligible de millares y de millones que eran las únicas palabras que pronunciaba medio bien. Su delirio se hizo mucho mas absurdo de lo que era antes y estaba caracterizado por unas cuantas ideas incoherentes que él no podia armonizar. Los trastornos del movimiento aumentaron mucho y su estado general decayó tanto, que en Setiembre del mismo año tuvo que guardar cama y cayó en un estado cercano de la demencia paralítica y fué llevado en este estado á su casa por su familia. Su terminacion no me ha sido posible averiguar, aunque es de suponer que dado el estado en que salió, haya muerto al poco tiempo en la demencia paralítica.

José R. Semprum.

Buenos Aires, Abril 29 de 1889.

Abril 30 de 1889.

Pase á los señores Académicos Dr. Mallo y Catedráticos Dres. Melendez y R. Mejía para que informen sobre la admisibilidad de esta tésis.

M. Gonzalez Catan.

Cárcova,

Secretario.

Buenos Aires, Mayo 3 de 1889

La presente tésis está de acuerdo con las prescripciones reglamentarias sobre la materia, por tanto debe devolverse al interesado á sus efectos.

Pedro Mallo.—J. M. Ramos Mejía
—Lucio Melendez.

Buenos Aires, Mayo 4 de 1889.

De acuerdo con el informe que antecede entréguese al interesado para su impresion, debiendo fijarse por Secretaria el dia en que debe sostenerse en acto público ante la comision examinadora respectiva.

M. Gomzalez Catan.

Cárcova,

Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

HISTOLOGÍA—El orígen del tegido óseo no es siempre cartilaginoso.

ANATOMÍA PATOLÓGICA—El escirro es el primer grado del cancer encefaloide?

ANATOMÍA DESCRIPTIVA—Conformacion, relaciones y órganos contenidos en el oído interno.

ANATOMÍA TOPOGRÁFICA—Region parotidea.

FISIOLOGÍA—Hay criterium real de la animalidad.

MATERIA MÈDICA Y TERAPÈUTICA — Electroterapía.

PATOLOGÍA EXTERNA—Los abcesos bajo el punto de vista del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

NOSOGRAFÍA MÉDICA—Tratamiento del croup.

PATOLOGÌA GENERAL—Que importancia tiene el sitio anatómico de las enfermedades.

CLÍNICA MEDICA—Es indispensable el dolor en los neoplasmas malignos internos, qué significacion tiene para el clínico el dolor en los tumores internos?

MEDICINA LEGAL—Como se prueba la preñez.

OBSTETRICIA—De la menopausia.

OFTALMOLOGÍA—Agudeza visual y campo de la vision general.

HIGIENE—Alimentacion.

MEDICINA OPERATORIA—Operacion de Lisfranc.
