Año 1907 N.° 1681

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LA

PARALISIS GENERAL PROGRESIVA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS PENSOTTI

Ex-practicante externo del Hospital de Niños por concurso (1903 y 1904)
Ex-practicante mayor interno del Hospital de Clínicas (Julio á Diciembre 1905)

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMPRENTA DE OBRAS DE EMILIO SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1907

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. D. JOSÉ PENNA

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA

Honorarios

DR. D. ERNESTO ABERG
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EMILIO R. CONI
» » JUAN R. FERNANDEZ

Secretarios

DR. D. JONAS LARGUÍA
» » RICARDO S. GOMEZ

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología teórico-práctica	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	VACANTE
Anatomía Descriptiva	» JUAN D. PIÑERO
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO (con lic.)
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI (con lic.)
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	VACANTE
Materia Médica y Terapéutica.	" JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» ADALBERTO RAMAUGÉ (con lic.)
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO (con lic.)
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA (con lic.)
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Patologia General	» ROBERTO WERNICKE
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR.	D. J. GREENWAY
Física Médica	»	JUAN JOSÉ GALIANO
Química Médica		VACANTE
Botánica Médica	»	VACANTE
Química aplicada á la Medicina		VACANTE
Histología teórico-práctica	»	JULIO G. FERNANDEZ
Anatomía Descriptiva	»	JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
Semiología y ejercicios clínicos	»	MANUEL A. SANTAS
Anatomía Topográfica		VACANTE
Fisiología General y Humana	»	MARIANO ALURRALDE
Anatomía Patológica	»	JOSÉ BADÍA (en ejerc.)
Bacteriología	»	JUAN CÁRLOS DELFINO
	»	LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada		VACANTE
Materia Médica y Terapéutica	»	VACANTE
Medicina Operatoria	»	LEANDRO VALLE (en ejerc.)
Clínica Ginecológica	»	ALFREDO LAGARDE
	»	JOSÉ F. MOLINARI
» Oto-rino-laringológica	»	WENCESLAO TELLO
	»	ELISEO V. SEGURA
» Dermat.ª y Sifilográfica	»	M. ABERASTURY
Patología externa	»	CARLOS ROBERTSON
Patología interna		VACANTE
Clínica Oftalmologica	»	TEÓFILO A. MORET
	»	ENRIQUE DEMARÍA
» Epidemiológica		VACANTE
» Quirúrgica	»	DANIEL J. CRANWELL (en ejerc.)
	»	AVELINO GUTIERREZ
	»	FRANCISCO LLOBET
	»	MARCELO VIÑAS
	»	MARCELINO HERRERA VEGAS
» Neurológica	»	JOSÉ A. ESTEVES
	»	JOSÉ R. SEMPRUN
Medicina Legal	»	DOMINGO S. CAVIA
	»	PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	»	PATRICIO FLEMING
	»	RICARDO COLÓN
	»	LUIS AGOTE
Clínica Obstétrica	»	ENRIQUE A. PARDO
	»	ENRIQUE ZÁRATE (en ejerc.)
	»	MIGUEL Z. O'FARRELL
	»	SAMUEL GACHE
Toxicología Experimental		VACANTE
Clínica Pediátrica	»	ANTONIO F. PIÑERO
» Génito-urinaria	»	BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	»	BENJAMÍN T. SOLARI
	»	JOSÉ T. BORDA
Patología general	»	ALOIS BACHMANN

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL T. GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MÚJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	VACANTE
Botánica y Mineralogía	VACANTE
Química inorgánica aplicada	VACANTE
Química orgánica aplicada	VACANTE
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica	VACANTE
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	VACANTE
Técnica farmacéutica	VACANTE
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	VACANTE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	VACANTE
Parto distócico y Clínica Obstétrica	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	DR. LEON PEREYRA » N. ETCHEPAREBORDA (con lic.)

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	VACANTE VACANTE

PADRINO DE TESIS

Doctor DOMINGO CABRED

PROFESOR TITULAR DE CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

DIRECTOR DEL HOSPICIO DE LAS MERCEDES Y DE LA COLONIA

NACIONAL DE ALIENADOS

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

Cariño y gratitud

A la memoria de mis abuelos y padrinos

Don JACINTO GONZALEZ CALDERON

Doña BRUNA GARAY DE GONZALEZ CALDERON

Señor Decano,

Señores Profesores:

Este modesto trabajo que someto á vuestra honorable consideración, es el resultado de vuestras sabias lecciones ya en el aula, ya en la clínica ante el paciente; os ruego lo juzgueis con la benignidad del maestro que nos guió y enseñó, que nos dió el ejemplo digno y el consejo sano y á quien respetamos y apreciamos.

Habéis cumplido y al agradeceros sinceramente, nos enorgullecemos del maestro, del amigo noble que formó nuestro criterio médico y nos enseñó la moral y la dignidad profesional.

Mi gratitud se especializa para con el doctor Domingo Cabred, que puso á mi disposición los elementos de observación y juicio, indispensables para la confección de este trabajo, haciéndome también el honor de acompañarme en este acto.

Así mismo quedo agradecido á los doctores José T. Borda con quien recorríamos díariamente las clínicas de su servicio, dándome explicaciones sa-

bias sobre casos dificultosos, y el doctor Chr. Jakob que tan amablemente me proporcionó las fotografías complementarias de la parte anatomo patológica.

Antes de entrar en materia, es de importancia fijar el programa que pienso desarrollar y de que constará este trabajo. Comprenderá los siguientes capítulos.

Primero.—Nociones sobre la etiología, evolución y sintomatología de la Parálisis General Progresiva.

Segundo.—Casos prácticos complementarios de la parte clínica, con dos diagramas.

Tercero.—Generalidades sobre el Diagnóstico y Pronóstico.

Cuarto.—Anatomía patológica del cerebro con fotografías demostrativas de las lesiones.

Quinto.—Consideraciones médico-legales sobre el primer período de la enfermedad.

CAPÍTULO I

GENERALIDADES SOBRE LA ETIOLOGÍA, EVOLUCION Y SINTOMATOLOGÍA

La Parálisis General Progresiva es una enfermedad relativamente nueva, pues su descripción científica y su clasificación en Psiquiatria remonta recien al año 1822, siendo Bayle, en su obra, el que por primera vez la trata con mucha precisión.

Es una enfermedad de la civilización porque esta crea en el indivíduo una condición especial de debilitamiento y de fatiga en el sistema nervioso, á consecuencia del ejercicio activo y constante del medio social en que vive. En los salvajes no hay paralíticos generales.

Se encuentra más frecuentemente en el hombre en todas las clases sociales, pero de preferencia y más á menudo en los que tienen más instrucción; la mujer no está excluida y en ella se encuentran casos, especialmente en las prostituidas que son

las mayormente específicas; también por esta misma causa en los militares. Hay casos de esta enfermedad observados en niños en la época de la pubertad.

El término de parálisis general aplicado á esta enfermedad designa solamente el período final de la misma, más no sus comienzos y principios en los cuales el enfermo no tiene obstáculo alguno en sus movimientos y por consiguiente no es un estado de parálisis en el sentido neuropatológico de la palabra. Esta concepción sobre la aplicación de nombre fué resistida por los clásicos, dando lugar á que se coleccionaran una serie de sinonimias empleadas en diferentes tiempos, teniendo en vista unos su naturaleza, su etiología y los más sus lesiones anátomo patológicas.

La dificultad queda resuelta, si nos fijamos en la etimología de la palabra parálisis que significa disolución. En efecto: esta enfermedad de marcha y evolución progresivamente fatal que no se detiene, que en cambio se acentúa, indica una alteración del ser psiquico y físico, una verdadera disolución total de todo el organismo.

Entonces consecuentes con el sentido etimológico y la comprobación clínica de su evolución no titubeamos en llamarla *Parálisis General Progresiva.*

Su sintomatología es compleja, tiene un ciclo evolutivo de mayor ó menor duración, según el caso donde se implanta, la intensidad de sus mani-

festaciones, la eficacidad del tratamiento, etc.; tiene su manera típica de darse á conocer, siendo los temblores, la disartria, los trastornos motores y oculares, los síntomas más importantes, al lado de los cuales se agrupan todos los demás que constituyen las perturbaciones intelectuales, de los reflejos, de la sensibilidad, perturbaciones tróficas, viscerales y los ictus epiléptiformes y apopléticos, que obedecen á una serie de lesiones difusas y progresivas de carácter mortal que invade todo el sistema nervioso, bulbo, médula, nervios y especialmente la corteza cerebral atacando profundamente regiones incompatibles con la existencia, determinadas por influencias patógenas múltiples y prolongadas que actuan sobre un temperamento nervioso, predispuesto y que les es por consiguiente propicio á su desarrollo.

La sífilis en estas condiciones puede por sí sola producirla y es una de las más importantes causas.

La intoxicación alcohólica, bajo su forma crónica, podría según algunos autores, por sí sola, en algunos casos, llegar á producir la parálisis general, pero según otros, no desempeñaría sino el rol de causa coadyuvante. El doctor Cabred nos decía en clase, que él ha observado en algunos casos, después de crisis repetidas de delirio alcohólico, aparecer los síntomas de la parálisis general, sin que haya podido comprobar otra causa de importancia á la cual pudiera atribuirse la enfermedad.

Los traumatismos craneanos en cuanto produ-

cen fracturas, inflamaciones y adherencias desempeñan un papel importante en la génesis de este proceso, pero con menor frecuencia que las causas ya enumeradas.

Es de mencionarse, el agotamiento cerebral determinado por el exceso de trabajo mental en un cerebro predispuesto, ó provocado por disgustos profundos, por cambio de fortuna. etc., etc., esta causa fuera de la sífilis, alcoholismo, lesiones traumáticas craneanas se encuentra frecuentemente.

Vamos á ver ahora como evoluciona esta enfermedad, cuáles son los síntomas de la esfera psíquica y física, en qué consisten, cuáles pertenecen á un período, cuáles á otro, de acuerdo con el principio «Enfermedad crónica de ciclo evolutivo completo, constante y progresivamente fatal». Es necesario especificar, ordenar, detallar y para la cual la dividimos de acuerdo con los autores en tres períodos que son;

Primer período ó prodrómico ó médico-legal (Legrand du Saulle).

Segundo periodo ó de estadio.

Tercer período, paralítico, caquético ó final.

El primer período ó médico-legal como forma parte en el programa de este trabajo, lo encontramos tratado más ampliamente en el lugar designado, limitándome á decir, que pasa casi desapercibido y que solo una fina observación permite descubrirlo, cuyo desconocimiento puede ser de consecuencias desgraciadas para la familia y la sociedad.

Se caracteriza por alteraciones especialmente en la esfera psíquica, pues no hay ningún síntoma físico, cuando más se queja el enfermo de un estado de debilidad en los músculos del muslo, cintura y masa sacro lumbar.

Segundo período. Los síntomas somáticos y psíquicos son visibles; una observación ligera los percibe, las familias mismas los notan, y se dan cuenta del estado de su enfermo.

A los trastornos de la motilidad corresponde la marcha que es titubeante, insegura; el enfermo arrastra á veces ligeramente las piernas; como le falta la seguridad del poder muscular no se arriesga á ejecutar movimientos rápidos y complicados; si está parado separa sus piernas para aumentar la base de sustentación, al sentarse lo hace de un modo brusco, como si se cayera, si se levanta lo hace pesadamente.

Es de observarse también, en algunos casos, una incoordinación bastante apreciable de los movimientos, durante la marcha.

Los movimientos de los miembros superiores son obstaculizados igualmente y antes que los inferiores; la medida de las fuerzas constatada al dinamómetro, indica disminución y más todavía al producirse la fatiga; si se le ordena poner los brazos en extensión horizontal, el sujeto se prepara para hacerlo, levanta la cabeza y proyecta el pecho hacia delante como si pidiera auxilio á los músculos de la nuca y pectorales para cumplir y sostener la po-

sición; luego los brazos descienden poco á poco fatigados.

El temblor de los dedos se produce, por lo general, en el sentido horizontal, lo que lo distingue del temblor de los alcoholistas que se manifiesta en el sentido vertical: él es rápido, de ocho á diez oscilaciones por segundo que lo diferencia del temblor senil que es más lento.

Al examinar la lengua, convenientemente proyectada hacia fuera, notamos enseguida vibraciones fibrilares múltiples, dando la sensación visual de una superficie ondulante, al mismo tiempo que la masa en globo de este órgano también oscila en varias direcciones, especialmente entrando ó saliendo; el orbicular de los labios y los zigomáticos entran, muchas veces en contracción.

Ligado á las perturbaciones de la motilidad se presentan las de la palabra y de la escritura. Se observa en estos enfermos dificultad para la pronunciación de algunas palabras de muchas sílabas y donde entra la *r* y la *ll*; este síntoma constituye la disartria; para descubrirla y hacerla más evidente es menester producir un poco de fatiga haciendo leer al enfermo quince ó veinte minutos.

Dada la palabra de prueba puede acontecer que pronuncie las dos ó tres primeras sílabas y después de una pausa, como descansando, las demás, así por ejemplo, anti...constitucional; ó que no las pronuncie á todas como antitucionalmente ó que anteponga ó posponga sílabas ó doble algunas ó pronuncie

otras que no forman parte de la palabra de prueba ó que no se le entienda lo que diga.

La disartria en los paralíticos depende del aparato emisor de la palabra, de su incoordinación por debilitamiento de los estímulos motrices, así como el temblor y síntomas de la motilidad que hemos visto, dependen del debilitamiento de las incitaciones, salida de la corteza cerebral, porque la enfermedad está especialmente en el cerebro. La disartria es permanente, se acentúa progresando y puede llegar á la imposibilidad casi absoluta de hablar, por parálisis de la lengua.

La escritura tiene un tipo especial, es tembloro-sa, desigual, las letras suben ó bajan de la línea guía, ó los caracteres son muy marcados y en otros muy finos.

Se observan también groseras faltas, con sustracción de una ó varias letras, cambiando por otras, haciéndose muchas veces ilegible la escritura; ella nos da á conocer también lo referente á la parte psíquica. La evidenciaremos mejor haciendo escribir al enfermo unos diez ó veinte minutos.

La ofstalmoplegia interna es un síntoma bastante frecuente, pues se observa en un 80 °/₀ de los casos.

Las pupilas están en midriasis (dilatadas) ó miosis (contraidas) ó desigualmente contraídas ó dilatadas.

Hay que hacer notar que este síntoma, á pesar de su importancia, no es exclusivo de la parálisis

general, pues se lo puede encontrar también en otras formas de alienación mental, como el delirio alcohólico, la demencia precoz, etc.

El síntoma de Argill-Robertson consiste en que la pupila no reacciona á la luz, pero sí á la acomodación.

Un grado mayor de este trastorno pupilar lo tenemos en la pupila que no solo no reacciona á la luz, sinó tampoco á la acomodación, es decir las pupilas están inmóviles. Y el síntoma Baillager en que las pupilas son desigualmente insensibles á la luz y á lo acomodación.

Es de observarse también la atrofia de la papila, de ambos nervios ópticos conjuntamente con alteraciones vasculares del fondo del ojo, reduciendo el enfermo á una ceguera completa, con exageración de los reflejos palpebrales.

De menor frecuencia que los síntomas oculares son los ictus á forma apopletiforme y epileptiforme que pueden producirse en todos los períodos de la enfermedad, pero especialmente en este segundo período. Los primeros se caracterizan por una caída súbita del sujeto, con pérdida absoluta del conocimiento y resolución muscular total. Los segundos son constituidos por convulsiones generalizadas ó parciales con pérdida también del conocimiento ó reducidas en las formas parciales con obnubilación ligera de los sentidos. Generalmente se acompañan de una elevación de la temperatura y si no producen la muerte inmediata del enfermo, lo

agravan, acelerando la marcha del padecimiento.

Las perturbaciones de la sensibilidad general como hiperestesias, hipoestesias, anestesias, analgesias ó perturbaciones del lado del olfato, oído, gusto, aunque son más raras, suelen encontrarse como así mismo los reflejos rotulianos, cubital, cutáneos, etc., que pueden estar disminuidos ó abolidos como exagerados.

Encontramos, y con alguna frecuencia el apetito exagerado en estos enfermos, que trae por consecuencia un aumento de peso que disminuye y puede llegar en sus límites extremos en el tercer período, á causa de perturbaciones profundas del funcionamiento orgánico general.

Considerando el estado psíquico del paralítico general encontramos que se nos manifiesta: 1.º por una forma demencial pura, sin delirio, que consiste en un debilitamiento psíquico generalizado progresivo. 2.º bajo una forma delirante más frecuente que la primera, pues dos terceras partes de estos enfermos lo presentan. Estos delirios tienen el sello especial del debilitamiento mental, son ilógicos, contradictorios, movibles, monótonos. Entre las ideas delirantes de los paralíticos figuran en primera línea las de grandeza, pudiendo observarse también de persecuciones, de ruinas, místicos, etc. Por otra parte se puede encontrar en el paralítico un estado ya sea de agitación ó de depresión y entonces tenemos constituidas las dos formas: *maníaca* y *depresiva* de la parálisis general, los cuales pueden

llegar á alternar á veces, y remedar, con esto, una locura á doble forma.

La memoria de fijación, conservación, y reproducción están perturbadas, no asimila ni conserva las impresiones recibidas: todos los recuerdos de la niñez y juventud, más ó menos, han desaparecido conservando solo algunos de ellos confusos y desfigurados.

El juicio por consiguiente no es exacto y de ahí la inconciencia de sus actos; la atención tanto espontánea como voluntaria es inestable y no habiendo atención no hay memoria de fijación, sino fija las impresiones recibidas, no las reproduce ni conoce tampoco y la asociación de ideas no puede llevarse á cabo, podemos explicar por esto sus actos pueriles y sus respuestas ilógicas, lo primero que conciben es lo que responden ya sea falso ó exacto. La reflexión ó sea la serie de asociaciones que preceden al acto por consiguiente está alterada.

La afectividad se manifiesta por la indiferencia ó la irritabilidad, no tiene interés por nada, los acontecimientos más grandes no lo impresionan, la irritabilidad característica del debilitamiento mental se produce por causas nimias.

La voluntad se hace notar por la lentitud, la fatiga, la incertidumbre no ya solo de los movimientos espontáneos, sino también como reacción de las excitaciones psíquicas exteriores, ó por la impresionabilidad exagerada pero inconsciente sin participación de la afectividad.

Las perturbaciones de la conciencia asociadas á la falta de orientación del lugar, tiempo y personalidad están debilitadas ó abolidas. Luego el paralítico general es un demente porque las perturbaciones producidas en él, consisten en el debilitamiento de la voluntad, del sentido moral y afectivo, de todo aquello que constituye el psiquismo,

Esta decadencia mental se acentúa progresivamente, y de una manera lenta, ó más ó menos rápida, según los casos, hasta llegar, con los trastornos somáticos, igualmente progresivos, á su última etapa, del tercer período de la enfermedad.

Tercer período.—La decadencia física es tan marcada que á los enfermos les es absolutamente imposible el andar levantado teniendo forzosamente que guardar cama.

Paralelamente á este desgaste físico se observa un estado de inconsciencia, de automatismo hasta tal punto que los pacientes no tienen noción de su propia personalidad, ni del lugar ni del tiempo, quedando reducidos á llevar una vida puramente de reflejos, los más necesarios para el cumplimiento de sus funciones vitales.

Las palabras de que disponen para espresarse son tan poco numerosas que muchas veces apenas suman una docena; cuando en otras, en vez de palabras son gruñidos destemplados, ruidos de dientes prolongados, como si nunca hubiesen sabido hablar. Tal es el estado de decadencia psíquico y físico del paralítico cuando ha podido llegar á este período.

El paralítico general ha muerto para la vida consciente porque para todo acto afectivo, voluntario, intelectual, la menor reacción ha desaparecido, por la decadencia profunda de su mentalidad por su estado de absoluta demencia.

A las perturbaciones tróficas de los tejidos pertenecen las escaras sacras y trocanterianas producidas por una mortificación de la piel y tejidos vecinos á consecuencia del roce con la ropa de cama ó por el decúbito prolongado favorecidos por la humedad y suciedad de estas regiones, porque estos sujetos se hacen *gateux*, es decir, sucios, tienen una relajación de los esfínteres cuya consecuencia es que hacen sus necesidades en el lecho, constituyendo la pesadilla de los enfermeros.

También otra alteración trófica muy común constituye los otematomas, que son derrames sanguíneos en los pabellones auriculares llegando á deformarlos; unas veces son producídos por choques ó rozaduras, pero otras veces parece no haber influido el traumatismo y es á vista y paciencia del observador que se producen. Algunos observadores no admiten este fenómeno sin la intervención traumática, ya sea esta intensa ó leve, debiendo, en cualquier circunstancia tenerse en cuenta un estado de predisposición especial del órgano, creado por la enfermedad.

En los paralíticos en este período, la disminución de la temperatura se halla con frecuencia y así no es raro que se muera en las estaciones frías, dato

que hay que tener presente, para las sorpresas consiguientes.

Las perturbaciones viscerales dependen de la afección misma ó de las complicaciones que pueden sobrevenir. Con el aparato digestivo se relacionan las enteritis rebeldes y en gran parte debe atribuirse á ellas el grado de enflaquecimiento en este período que hace contraste, con el buen estado de nutrición del segundo período.

Las miocarditis, arteritis y debilidad del pulso son alteraciones frecuentes.

A las alteraciones del hígado pertenecen la hipertrofia; las axitis acompañan á las hepatitis atróficas. Los fenómenos pulmonares son de orden congestivo, sin excluir las neumonias y tuberculosis que son de frecuencia.

CAPÍTULO II

CASOS DE OBSERVACIÓN

I

D. A.—Italiano, 46 años, sabe leer y escribir, es casado, tiene nueve hijos, los cuales son todos sanos, fuera de tres abortos que tuvo su mujer y de tres niños que fallecieron al poco tiempo de nacer.

Entró al Hospicio de las Mercedes el 10 de Noviembre de 1906. De temperamento nervioso é irritable. Ha tomado mucho alcohol. El primer indicio de su enfermedad empieza desde hace un año y se manifiesta por debilidad, edema de las piernas y dolores que duran hasta 8 días. Su delirio se manifiesta por ideas de grandezas.

Estado actual.—Dolicocéfalo, orejas grandes y alargadas, pómulos salientes, cara ancha, mandíbula inferior muy desarrollada con dientes bien

implantados y grandes. Su color es moreno, pelo canoso en la barba y regiones temporales. Estatura regular, buen panículo adiposo. Brazos largos y velludos. Su marcha es atáxica exagerada por el cansancio. Temblor fibrilar de los dedos y de la lengua. Disartria muy apreciable tanto á la palabra espontánea como á la de prueba. Síntoma de Argill Robertson. Sensibilidad normal. Reflejos disminuídos, sensibilidad especial normal, excitado y locuaz para contestar; se muestra muy dócil al exámen á que se le somete. La orientación del lugar, tiempo y de su personalidad es imperfecta dándole la interpretación de su delirio, el cual es muy activo.

Dice ser Dios, dominador del mundo, por un poder conferido desde hace tiempo y acto contínuo señala en la pared el lugar donde está depositado su poder: luego llora porque ha recibido noticias de que todos sus hijos están ciegos. Que tiene grandes extensiones de tierras compradas en remates y que todas las gentes ocupadas en sus dominios ganan millones á la lotería y no por sus trabajos. Que el gana 100.000 $ diarios y que por mes resultan ser 30.000.000, en seguida se aflije por estar reducido á la impotencia y tan pobremente vestido.

Como vemos este enfermo es un paralítico general en su segundo período, con sus antecedentes de alcoholista consumado y con muchas probabilidades de específico con sus signos físicos marca-

dos, con sus delirios de grandezas expresados por su poder de dominar y su satisfacción por sus millones.

Notamos al mismo tiempo lo ilógico y lo contradictorio que es su delirio como así mismo la inexactitud de sus juicios y apreciaciones.

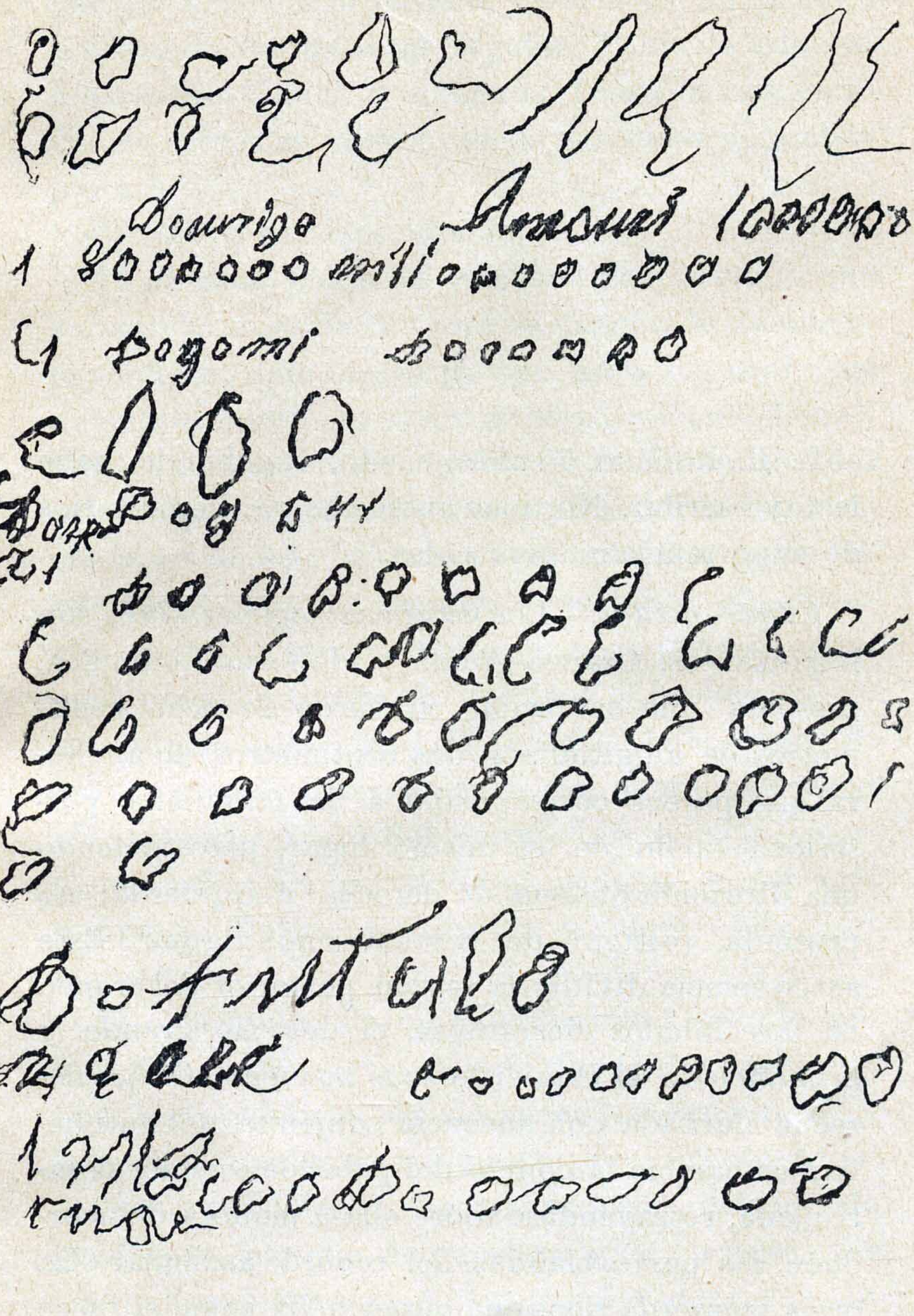
El espécimen adjunto que es un diagrama que pertenece al mismo enfermo, nos dará una idea más práctica de su estado mental y la característica de su escritura.

Notamos que ha tenido instrucción aunque elemental quedando reducida á poner su nombre mal puesto y cifras aritméticas que son la representación de su delirio, los millones. Que si pone su nombre y cifras al principio en los tres primeros renglones, en los subsiguíentes fracasa, por su fatiga y sus tentativas, su nombre y cifras se hacen más ilegibles é incompletos; intenta una tercera vez su objeto y el resultado obtenido es el mismo.

Vemos que los caracteres enumerados son gruesos acentuados y grandes separados unos de otros sin unión entre sí.

Los caracteres están marcados por una serie de quebraduras grandes y pequeñas de dirección vertical producidas por un temblor global de la mano y parcíal de los dedos.

Al mismo tiempo notamos una ruina completa de su estado mental reducido solo á lo que se puede apreciar en esta prueba gráfica.



II

L. F., italiano, 55 años, viudo, vagabundo, sabe leer y escribir. No tiene antecedentes hereditarios de importancia ni personales.

Estado actual.—Los estigmas degenerativos son importantes. Cráneo grande y de forma olímpica, presenta una depresión en surco de ocho centímetros de longitud por dos centímetros de anchura que parece corresponder á la fontanella posterior estando en el mismo lugar, pero teniendo una dirección oblícua de derecha á izquierda; no presenta vestigio de traumatismo alguno. Este surco semeja dividir la región posteríor del cráneo en dos lóbulos desiguales, el derecho grande y pronunciado el izquierdo más pequeño. Oreja derecha alargada con ausencia conjénita del anti-hélix, en cambio la concha del pabellón es muy desarrollada, retrayéndose sobre ella á manera de acordeón, las partes blandas del reborde auricular. La oreja izquierda tiene una tercer hélix como si fuese ingertada. Ojos escondidos bajo sus órbitas pro-

fundas con cejas arqueadas y pobladas. Nariz larga y desviada. Su estatura regular. Panículo adiposo escaso, piel blanca y arrugada. Presenta una serie de cicatrices en el reborde de las tibias de ambas piernas.

Escoliosis derecha notable.

Al exámen físico de este enfermo notamos que su marcha es atáxica y esta es exagerada teniendo el enfermo que buscar apoyo para no caer; sus miembros inferiores están arqueados hacia dentro. Haciéndole extender sus brazos en la actitud del juramento, se nota enseguida un temblor horizontal de los dedos, bajando el enfermo enseguida los miembros, pues no los puede sostener. Su disartria es muy marcada, tanto que la palabra es incomprensible, agregando también el hecho que no sabe mucho castellano. El temblor de la lengua es muy evidente. Las pupilas están dilatadas y tiene el síntoma Argill-Robertson. Los reflejos están disminuidos. La sensibilidad general y especial normales. Pulso, respiración y temperatura normales.

El aspecto es, el de un indiferente á todo lo que le rodea, está en un estado de apatía contínua, hay que repetirle varias veces las preguntas, y hay que esperar su respuesta incoherente difícil é incomprensible. Tiene un pequeño delirio de grandezas, pero no demuestra mayor interés por los millones expresando sus escasas ideas con un aire de despreocupado que caracteriza todos sus

actos. No tiene idea del tiempo ni del lugar en que se encuentra. No manifiesta cariño por sus parientes ó amigos.

Se trata entonces por los numerosos estigmas que presenta de un degenerado físico, paralítico general.

Los trastornos físicos y psíquicos de este sujeto están indicando una decadencia general vecina ya á la caquexia paralítica con demencia absoluta.

El diagrama adjunto pertenece á este segundo enfermo y podemos observar la irregularidad de las líneas, el carácter tembloroso y desigual de las letras y palabras, la poca acentuación de sus rasgos, la falta de armonía de sus pensamientos y no solo se nota un aumento de las irregularidades en la forma y temblor de la letra en los últimos párrafos de una escritura, sino le falta también el poder de concretar su pensamiento; se ha limitado á poner nombres propios y el menor esfuerzo intelectual ha producido la fatiga psíquica en él.

Luigi Zorn de Tenchos
assis
Alla presenza di due testi
degni uno presso di ogni una
so. La Fondazione
parlerà per bocca del
Sig. Duca suo figlio
Zoppo medio.

Terra Lino
Felice
Cosetta
Ilaria

Cassata
Angela
Angela

45 a
Persaglio
di
Bosco

CAPÍTULO III

GENERALIDADES SOBRE EL DIAGNOSTICO Y PRONÓSTICO

Cuando en un sujeto que se presenta á nuestro examen, comprobamos los síntomas físicos y psíquicos á que hemos hecho referencia al tratar del segundo período de la parálisis general, no hay dificultad alguna para hacer el diagnóstico de la enfermedad, pero ella se presenta, en cambio en el primer período de la afección en que se exige del médico un diagnóstico precoz ya sea por el juez ó por la familia; y de ahí la necesidad de proceder con orden, de observar, de estudiar bien al enfermo para no cometer errores de diagnóstico que en este caso importaría un pronóstico fatal en un tiempo más ó menos largo dada la evolución característica de esta enfermedad.

Es necesario tener presente los antecedentes hereditarios del sujeto, si hay ó ha habido en su fa-

milia personas alienadas, nerviosas, histéricas, epilépticas ó predispuestas á congestiones cerebrales ó apopléticas. Muchos paralíticos presentan en sus antecedentes estas taras hereditarias.

Luego inmediatamente estudiar al enfermo en todos los detalles de su vida, antes de su enfermedad, sus actos antes y después del momento en que la familia ó personas allegadas notaron algo de anormal, es decir comparar su pasado con su estado actual. El sujeto puede cometer hechos que son inmorales, siempre reprensibles y hasta criminales, ajenos á todo hombre de vida honrada y moderada; cometidos los actos hay que ver como los ha ejecutado y de que manera, pues el paralítico es torpe para hacerlos, facilmente lo descubren, porque no buscan la ocasión propicia y porque después de haberlos realizado, no se preocupa ni intenta tampoco de ocultarlos, porque no valoriza el hecho cometido, ni se dá cuenta de las leyes que infringe y las penas á que se hace acreedor.

Una vez constatadas todas estas anomalías en un sujeto y por las cuales podemos presumir que se trate de un paralítico general, no podemos afirmarlo porque hay otras psicosis en las cuales se puede constatar idénticas manifestaciones y de ahí la necesidad de saberlas diferenciar.

En el demente senil, la memoria si bien perdida obedece á la ley de Rivot, que dice «Las adquisiciones mentales se pierden en los viejos en el orden inverso á su aparición cronológica» es decir que

empieza á perder lo último que aprendió y luego sigue perdiendo en este mismo orden, hasta llegar á las manifestaciones automáticas.

Entonces la amnesia en el senil empieza por las adquisiciones recientes y próximas, las remotas son las últimas en olvidarse.

En el paralítico general la amnesia es total, se extiende á las adquisiciones al mismo tiempo recientes y remotas, es global por consiguiente.

La emotividad es excepcional en el paralítico general; mientras que en los dementes seniles es casi la regla, facilmente se aflijen por cualquier cosa.

No solo el demente senil sino también el alcoholista crónico puede en ciertos casos semejarse por su sintomatología al paralítico general, pero el estado demencial que aparenta tener el alcoholista crónico no lo es propiamente hablando, lo que tiene es una pereza de la memoria, más bien que una pérdida, es un atontado, un embrutecido más bien que un demente. Podía haber sin embargo una asociación de parálisis general y alcoholismo y en este caso lo más acertado sería someter al enfermo á la abstención completa de toda bebida alcohólica y observarlo por quince ó veinte días y entonces notaríamos una regresión en la sintomatología de la enfermedad.

En el demente precoz, el debilitamiento intelectual es electivo, más tardío, el precoz conserva relativamente la memoria y lucidez y no presenta

los signos físicos de la parálisis general, á no ser en ciertos casos, algunos de ellos por excepción.

Con respecto á la manía y á la melancolía afectiva la diferenciación sintomática es más notable y por consiguiente no la podríamos confundir tan fácilmente.

La parálisis general progresiva implica de por sí un pronóstico grave de una terminación fatal en un tiempo más ó menos variable; al principio se creía que todo paralítico general duraba un año ó dos, pero estudios más completos y tratamientos mejor dirijidos han hecho admitír un término medio de cuatro á cinco años. Hay casos de seis, siete y diez años pero son más raros.

Si estos enfermos no presentaran alguna mejoría, alguna suspensión en la evolución de su enfermedad, desaparecían muy pronto, pero es frecuente, más de lo que se supone, encontrar estas mejorías, estas remisiones que permiten sino sanar, al menos prolongar la vida de estos desgraciados.

Estas remisiones consisten en un estado de mejoramiento, de atenuación, algunas veces completa, de los síntomas somáticos y psíquicos, y otras veces incompleta cuando cierto grupo de síntomas únicamente desaparecen; en cuanto al tiempo la remisión puede ser duradera, por uno ó dos años, y pasagera cuando sólo es por uno ó dos meses; así estos enfermos pierden su agitación, su delirio, su insomnio, se muestran calmados, respetuosos y sumisos, razonan juiciosamente, piden ver á sus

familias y se interesan por su profesión ó negocios, manifestando cierta aflicción al recordar su pasado. Bajo este estado el enfermo aumenta de peso y mejora en su nutrición.

Esta remisión es el resultado del reposo, del aislamiento tranquilo y razonable, de la abstención de las bebidas alcohólicas y abusos venéreos á los cuales se encuentran muy inclinados los enfermos, sobre todo al principio de la enfermedad.

Así como estas remisiones modifican favorablemente el pronóstico, hay otra serie de circunstancias que, en cambio, lo complican y agravan; me refiero á las enfermedades á que están expuestos y que hoy en día, debido á los cuidados y medidas higiénicas, son menos frecuentes y hasta raros.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES ANATOMO-PATOLÓGICAS

La anatomía patológica del proceso paralítico es importante, por cuanto es la enfermedad, exteriorizada por la sintomatología ya descrita, es la lesión de todos los elementos que forman parte de un órgano como el cerebro.

Su estudio es de por sí complicado; con todo, mucha luz se ha hecho, debiéndose á ello que estemos en la realidad y la evidencia en el conocimiento de la mayor parte de las alteraciones anatómicas.

En presencia de un cerebro de paralítico general, puede suceder que él pertenezca á un caso inicial de la enfermedad, ó sea de un enfermo muerto en estado de caquexia, periodo terminal, ó ya sea á uno fallecido con lesiones avanzadas.

En el primer caso no hay nada macroscópicamente de notarse, que nos revele la lesión, porque las alteraciones exteriores gruesas del cerebro son la consecuencia de otras más pequeñas, y vemos

que éstas, sin dejar de existir en los periodos iniciales, no tienen suficiente alteración material para producir una lesión apreciable á simple vista, como ser un espesamiento de las meninges, atrofia cerebral ó dilatación ventricular, que es obra de la cronicidad é intensidad del proceso anátomo-patológico.

En el segundo caso las lesiones macroscópicas son numerosas, y si bien, consideradas aisladas unas de otras, no son exclusivas de la enfermedad; apreciadas en su conjunto constituyen la prueba irrefutable..

Estas alteraciones visibles se refieren: 1.° á las meníngeas ó envolturas cerebrales; 2.° á las circunvoluciones; 3,° al espesor de la masa cerebral, es decir, su atrofía y sus cavidades internas, los ventrículos.

Las meninges cerebrales (véase la fig. núm. 1) están afectadas de un proceso de inflamación crónico, que si bien no es exclusivo al paralítico general y no en todos se encuentra, es frecuente observarlo; esta inflamación crónica determina un espesamiento, sobre todo de la dura madre, que se deforma, pierde su pulimento, encontrándose en su cara interna una serie de capas de fibrina que poco á poco van depositándose y formando pseudo membranas que parecen servir de sosten á los tejidos nuevos que se organizan favorecidos por la producción de nuevos vasos que la invaden.

La paquimeningitis puede ser á forma simple, ó

complicada con hemorragias, que es lo más frecuente; se comprende la alteración cerebral que puede determinar una hemorragia, según su grado, ya como fenómeno de compresión, ó como foco susceptible de infecciones. Junto con las congestiones, constituye una de las causas más frecuentes de la muerte de los paralíticos generales.

La aragnoidea y pía mater no quedan indiferentes, á las alteraciones señaladas en la más exterior de las envolturas cerebrales, la alteración la más frecuente cuando la podemos separar se reduce á que pierde su transparencia normal volviéndose opaca más espesada y vascular, aumentando su espesor todavía, las placas lechosas que son abundantes; la red de vasos está muy desarrollada y se revela por una serie de relieves abundantes y divididos como las nervaduras de una hoja.

Parece en apariencia adherirse á la corteza porque su separación se vuelve en unos casos difícil, es decir, á las tracciones ejercitadas sobre ellas salen pedazos de corteza cerebral, produciéndose pequeñas pérdidas de sustancias de mayor ó menor tamaño ó profundidad, pues llegan muchas veces hasta la sustancia blanca, estas escoriaciones corresponden á los puntos más salientes de las circunvoluciones y no dependen de verdaderas adherencias como creen algunos, sino de condiciones cadavéricas como han demostrado otros, basados en hechos irrefutables de prueba.

Las circunvoluciones cerebrales (véase fig. n.º 2),

que al estado normal se presentan regularmente separadas por cisuras perfectamente proporcionadas, en el cerebro de estos enfermos, las circunvoluciones han experimentado un proceso atrófico, por el cual se presentan más delgadas, disminuyendo en su base, altura, consistencia y coloración; á consecuencia de esta retracción casi uniforme, las cisuras ó surcos de separación tomados antes como tales son más bien cavidades alargadas de amplitud y anchura suficiente que permite ver un fondo.

La gran cisura interhemisférica está considerablemente ampliada. Esta lesión visible de retración atrófica está localizada á los lóbulos frontales, temporales, esfenoidales especialmente, de manera que el resto del cerebro, sobre todo el lóbulo occipital, salvo localización atípica, está exento.

Como se ve, es en la parte del cerebro donde están los centros que desempeñan un papel de más importancia, en donde se encuentra la mayor intensidad de las lesiones constatadas, es decir, la atrofia, la disminución de peso y consistencia, que corresponden á otras lesiones más íntimas de la célula.

Lo primero que se altera en una fibra, es su vaina de mielina que en último término desaparece; este proceso se conoce con el nombre de *desmielinización*, la cual empieza por aquellas fibras que en su desarrollo ontogenético han sido las últimas en mielinizarse (Dr. Jakob). A las lesio-

nes macroscópicas exteriores (véase fig 3) hay que agregar aquellas que se revelan por un corte vertical que interese los ventrículos; estos se presentan dilatados y desiguales en altura, anchura y longitud y esta dilatación es á espensas no solo de sus paredes interventriculares, sinó también de las que forman su techo y paredes laterales. En estas condiciones resulta pues que por un lado los ventrículos tienden á unirse en una sola cavidad y por otro esta misma cavidad ampliándose á espensa de sus paredes exteriores disminuyen el espesor de ellas. Todo esto obedece á la atrofia general del órgano, asi resulta pues que el cerebro disminuido considerablemente de espesor y consistencia cede como achatado sobre sus cavidades internas.

A las lesiones de dilatación ventricular hay que agregar y especialmente en el piso del cuarto ventrículo, puesto en evidencia por un corte horizontal, una serie de elevaciones granulosas que dan á esta superficie de normal aspecto liso y uniforme, el carácter papilar, erizado semejándose á la lengua de un gato con que se le compara, su número es abundante en unos casos, presentándose unas veces confluentes otras aisladas de mayor ó menor tamaño; no es una ependimitis propiamente hablando, pues en muchos casos este está indemne, estando como elevado ó cubriendo la prominencia granular ó gliosis sub ependimaria á que responde el proceso.

El líquido cefálico está aumentado en cantidad y á veces alterado en su composición, pues se lo puede encontrar turbio, teniendo en suspensión productos inflamatorios; á la hidrocefalia interna corresponde una hidrocefalia externa, estableciéndose entonces un equilibrio hidrostático que compensa hasta cierto punto la menor consistencia por atrofia y dilatación ventricular de las alteraciones avanzadas del cerebro.

Apreciadas en su conjuto las lesiones macroscópicas, reponden como es natural á alteraciones degenerativas de los elementos que constituyen la célula nerviosa, la fibra, los capilares la nevroglia del tejido cerebral.

La célula nerviosa (véase fig 4) con sus prolongamientos protoplasmáticos y cilindro-eje presentan alteraciones variables desde su hinchamiento protoplasmático y nuclear (pseudo-hipertrofia) lesión inicial, hasta la esclerosis atrófica y su desaparición total.

A la alteracion de forma se agrega y sigue la desintegración cromática ó sea la cromodifución, las granulaciones de Nissl, se disgregan expanden por el pretoplasma y de ahí la coloración igualmente extendida á toda la célula. A la cromodifusión y siempre avanzando la lesión, sucede la cromatolipsis en que las granulaciones de Nissl van desapareciendo poco á poco y de ahí también la palidez tintórea que se observa en muchas células; este proceso en vez de ser total y uniforme, puede

suceder que en una misma célula una parte esté en cromodifución y otra de la misma en cromolipsis.

A la alteración cromatolítica puede suceder la retracción protoplasmática y nuclear en que la célula está más pequeña, encontrándose una asimetria nuclear á la vez que fenómenos de cromatolipsis en el núcleo.

La retracción atrófica no solo es total al protoplasma y núcleo sinó también es de notarse células reducidas en parte, presentando sus bordes como mordidos, pagotados en cierta extensión, con sus prolongamientos protoplasmáticos y cilindro-eje sumamente reducidos ó desaparecidos; en este grado como en otras formas en que se encuentra una especie de agrietamiento quedan reducidos á ciertos diseños muy pálidas apenas coloreadas muy pequeñas é irregulares. Se encuentran células también en que el proceso parece haber invadido solo al protoplasma y prolongamientos, pues el núcleo queda aunque no en el mismo lugar pero sin lesiones aparentes; hay muchas de ellas, en que el núcleo parece ser la célula tal es su volumen mientras el protoplasma que los rodea está muy adelgazado.

Tal es la alteración celular, que se presenta con una marcha progresiva degenerativa consideradas las células individualmente; apreciadas en conjunto y separadamente, cada una tiene su lesión en un grado ó en otro, de ahí que la alte-

ración sea tan variable y en grados distintos.

Las fibras nerviosas (véase fig. 5) que según su función son de asociación comisurales y de proyección, están atacadas en su estructura, cambiando de posición igualmente que la célula, siendo la alteración principal la desmielinización, la fibra pierde la mielina, su capa protectora, mostrándose más delgada, desnudadas, sus contornos no solo afectan una forma irregular, sinó que se presentan como torcidos y desplazados para terminar con la desaparición total de su cilindro eje.

Este proceso degenerativo empieza por las fibras las más finas y superficiales como son las que constituyen la red de Exner ó tangenciales, desapareciendo las primeras, como igualmente se extiende en su marcha invasora á las de mayor calibre á las supra é inter-radiales y á las del centro de las circunvoluciones.

La relación que puede existir entre las alteraciones celulares y las fibras, se puede decir, que no existe y que se trata de un proceso que evoluciona paralelamente; pues mientras que las alteraciones celulares se encuentran desde un principio distribuidas en las distintas capas de la corteza, aquellas de las fibras marchan progresivamente desde la periferia hasta la profundidad.

Y sobre todo si las lesiones fibrilares dependen de las células, no se comprende porque la degeneración de la fibra se suspende en la corteza y no sigue en toda su extensión, como sucede en

las degeneraciones secundarias. (Dr. J. Borda).

Ligado al proceso degenerativo de la célula y de la fibra se observa por otro lado la sustitución de estos elementos que se pierden por las células que constituyen la nevroglia ó elementos de sostén. Las células araignées de Deiters adquieren gran importancia no solo por su número que crece abundantemente sinó que estas adquieren mayor tamaño y desarrollo en su cuerpo, en sus prolongamientos divididos y sub-divididos; aparecen como descansando sobre los vasos vecinos y englobando con sus expansiones las células nerviosas en regresión.

Los vasos de por sí abundantes y sobre todo los capilares se presentan con sus paredes espesadas infiltradas, que pueden llegar hasta la obliteración.

Así mismo los linfáticos muy desarrollados, dilatados y llenados por leucocitos, hematies y por granulaciones pigmentarias.

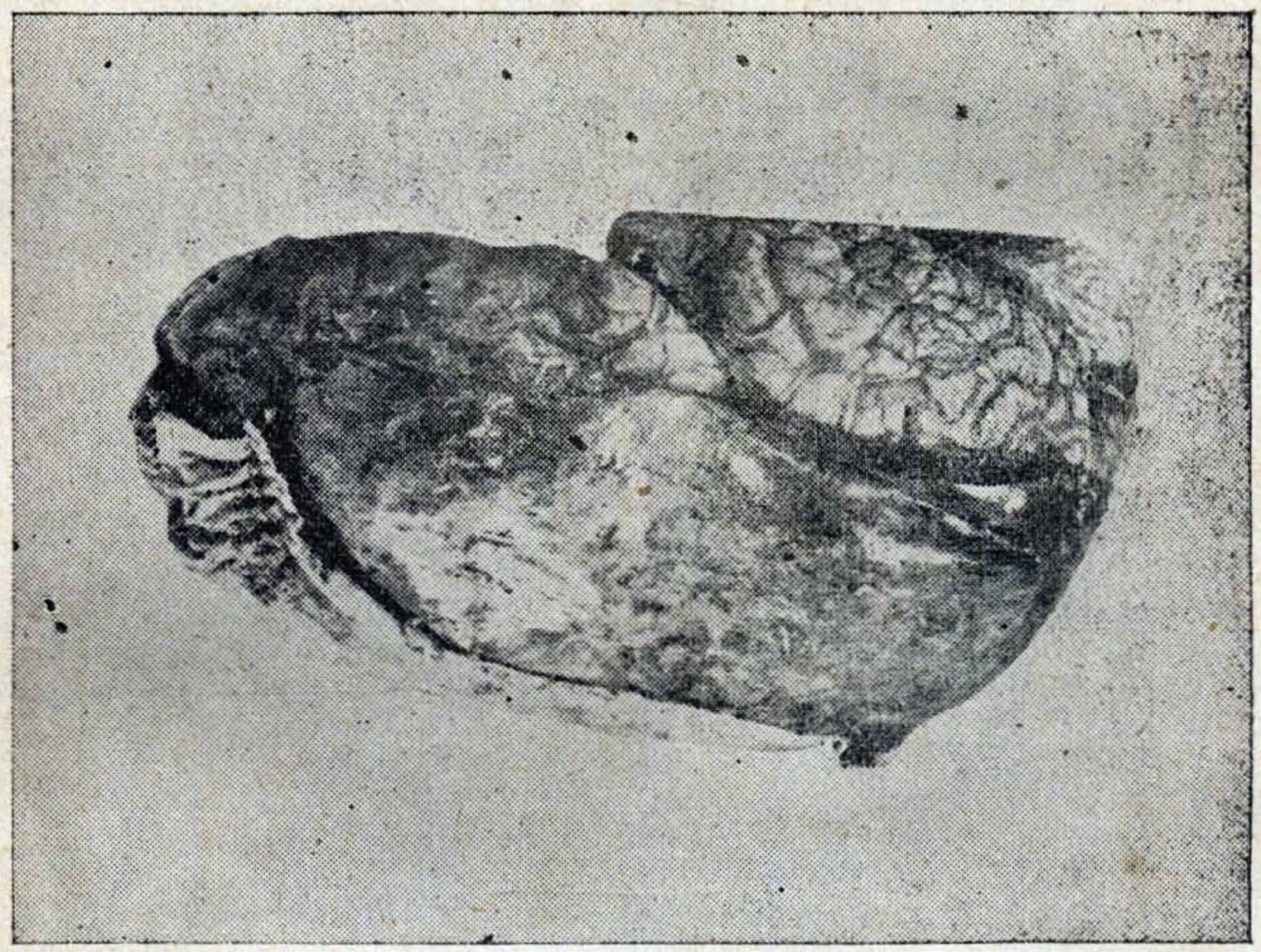


Figura I

Parálisis general progresiva. La duramadre ha sido elevada en cierta extensión, la parte que aparece arriba como se vé, está rugosa, espesada y adherida; más abajo una segunda membrana adventicia de formación nueva inflamatoria hemorrágica. Inferiormente la pía mater más transparente, deja notar el gran desarrollo de los vasos, su espesamiento y las manchas lechosas que disimulan los surcos ampliados de las circunvoluciones; la paquimeningitis es total y más desarrollada adelante en donde coincide con una atrofia cerebral visible.

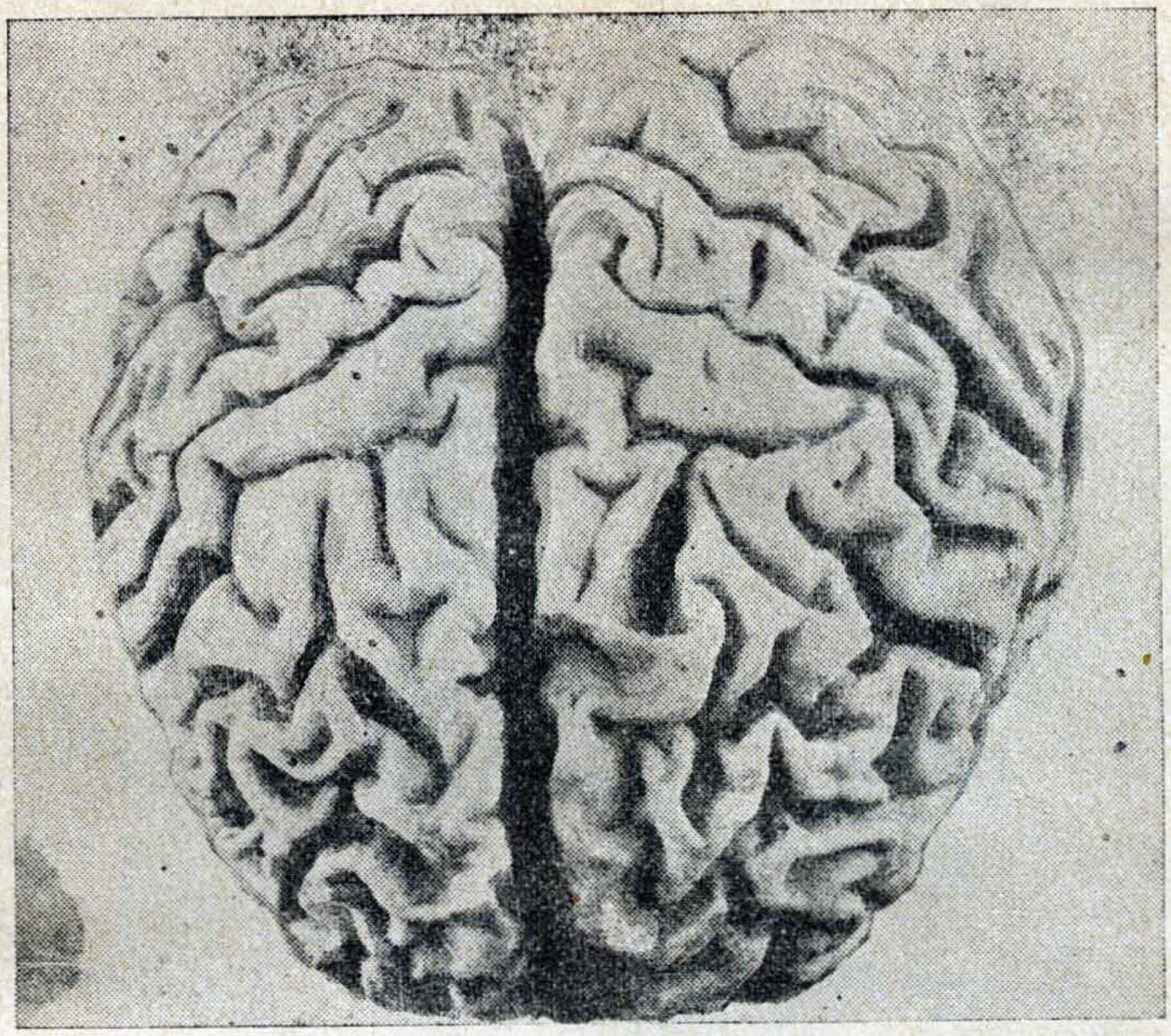


Figura II

Parálisis general progresiva. Nótase la cisura inter-hemisférica aunque algo separada artificialmente en su parte posterior, en la extremidad opuesta es característica del proceso por su amplitud é irregularidad de sus bordes; en apariencia subdivídese comunicando con los otros surcos, que modifican la topografía cerebral por su amplitud también en anchura y profundidad; nótase las circunvoluciones considerablemente delgadas, deprimidas, casi se cortan en sus curvas, apareciendo como islotes. Véase la lesión como vá de mayor á menor, es decir, de la parte anterior frontal hasta el surco Rolándico- Compárese la anchura de una circunvolución posterior casi normal con las lesionadas anteriores que contrastan por su delgadez y atrofia.

Así mismo la atrofia de la extremidad anterior del cerebro.



Figura III

Parálisis general progresiva. Método de coloración de Weigert-Pal. Corte vértico-trasversal pasando por el pulvinar. Dilatación considerable del ventrículo lateral y medio. Atrofia del tálamo del cuerpo calloso y de las circunvoluciones. Disminución en espesor de las paredes ventriculares.

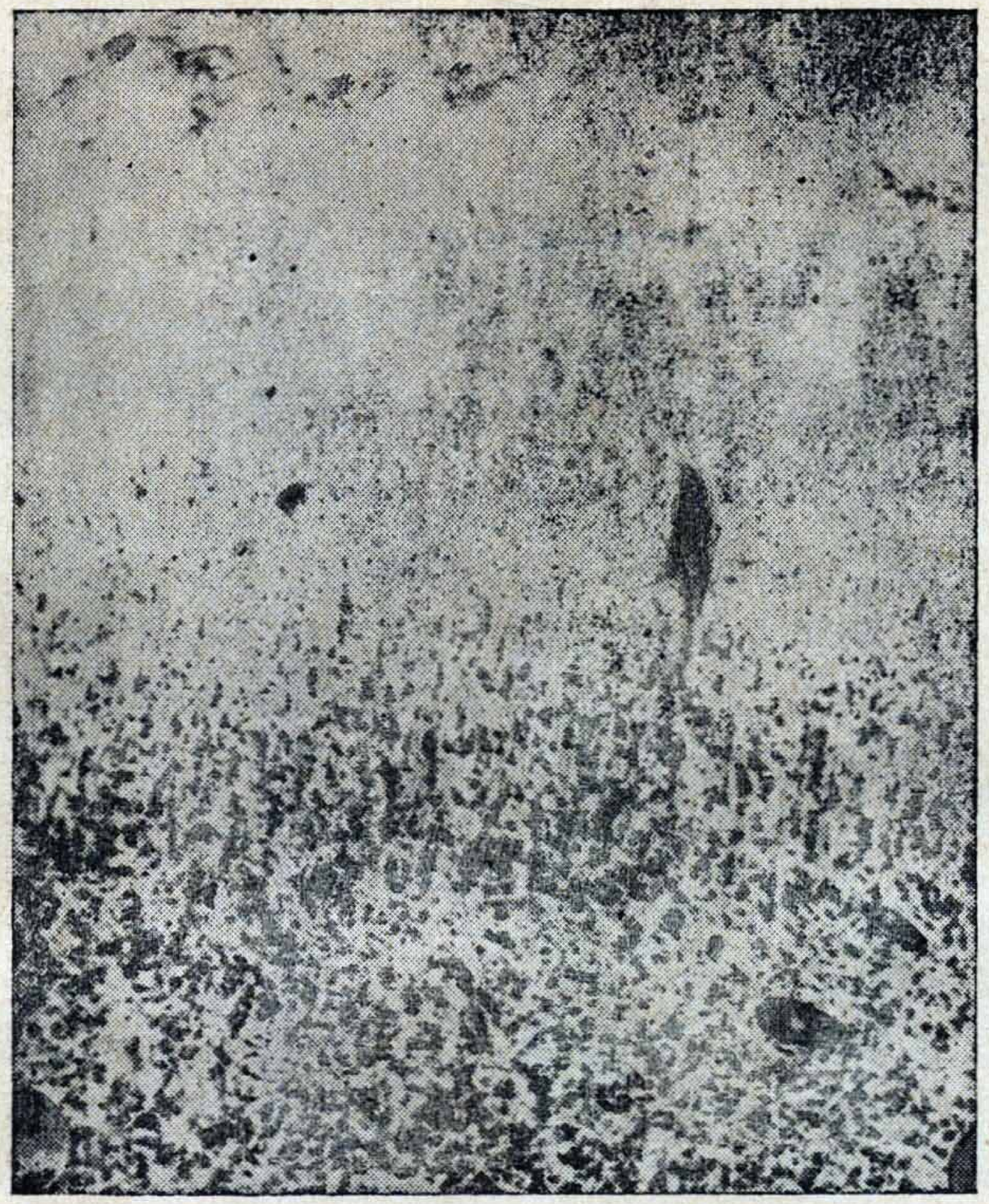


Figura IV

Parálisis general progresiva que corresponde á la figura 27 del trabajo del Dr. José Borda. Método de coloración de Nissl-Lenhosek. Aumento 150 D. Retracción notable de la porción piramidal. Desorden completo en el agrupamiento de las células. Desaparición de un gran número de las pequeñas celulas piramidales. Aumento relativo de la porción supra-piramidal. Infiltración de vasos.

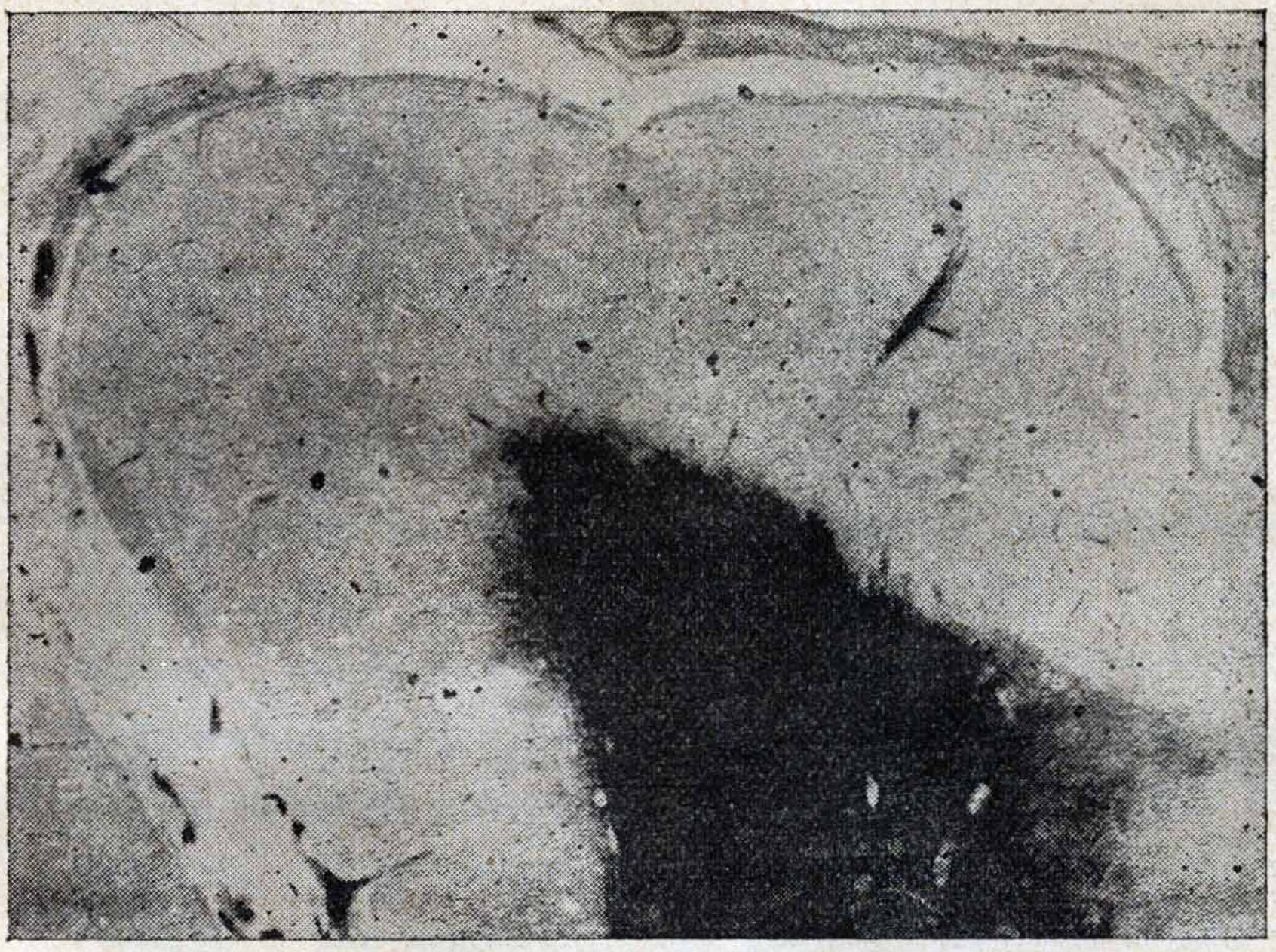


Figura V

Parálisis general progresiva. Método de coloración de Weigert-Pal. Destrucción completa de todas las fibras tangenciales y radiantes hasta donde estas últimas, irradian de la sustancia blanca.

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES MÉDICO LEGALES SOBRE EL PRIMER PERIODO

Legrand du Saulle llama periodo médico legal del paralítico general á aquel en que numerosos meses, un año y algunas veces tres años, antes de las manifestaciones visibles de la enfermedad en su periodo de invasión, se caracteriza por una série de actos responsables, punibles que afectan tanto á las leyes en sus fueros distintos, como al reposo, la fortuna, el honor de las familias y la seguridad personal del sujeto mismo. Es entonces fecundo en acontecimientos y de ahí la importancia que tiene.

Es necesario conocer cuales son estos actos del paralítico general en tan abierta contradicción con todo lo que la sociedad tiene de más preciado. «La ley» para lavar el honor mancillado ó devolver la tranquilidad al hogar para apartar á las familias

de las especulaciones del que se aprovecha de las circunstancias sin escrúpulo alguno, del ser débil ó del enfermo y también para impedir que se condene al hombre irresponsable, enfermo de su cerebro, digno de conmiseración; por estas causas, es que nace la intervención del médico que actúa como perito ya de parte ó de oficio, para determinar sobre el estado mental del procesado en una contingencia posible y en este caso de su fina observación, de sus conocimientos científicos depende cuando no la honra y el honor, la seguridad personal y hasta la vida.

Vamos á ver como son estos actos, como se producen, para darnos una idea, de la razón de ser de muchas circunstancias inexplicables que nos sorprenden y que el vulgo atribuye á cuanta circunstancia pueda satisfacer su fantasía.

En un sujeto normal, bien constituido psíquica y físicamente empiezan á notarse cambios en su carácter, en sus gustos y afecciones, de hábil comerciante por ejemplo, bien relacionado y trabajador se convierte en todo un haragán retraído negligente.

Otro, de activo, celoso en el cumplimiento de sus obligaciones y deberes, lo notamos inexacto, riñe por la menor causa ó insinuación atormentando con su carácter á todos los que lo rodean. Este sujeto, de buen padre ó esposo fiel, se hace indiferente, malo y desconoce sus obligaciones con sus hijos faltando á sus deberes conyugales. Aquel,

persona prudente, disciplinada y económica se hace indiscreta, gastadora, dadivosa y disipada, derrocha, á mansalva y sin móvil justificado.

Se notan luego anomalias más íntimas ya sea en la escritura que cambia de forma, acentuándose más los rasgos, faltando letras, sustituyéndolas por otras, ó cometiendo faltas de ortografía, se equivocan en la lectura dando interpretaciones erróneas puntuando á su manera; las sumas, las divisiones se resienten de la exactitud matemática debida.

Estos sujetos á pesar de todas estas irregularidades en su conducta, continuan con sus obligaciones cotidianas, desempeñando funciones de importancia delicadas y complejas, muchos de ellos son banqueros, tenedores de libros, contadores, comerciantes, otros son maquinistas de ferrocarriles, timoneles de buques ó cambistas

Las familias, amigos ó personas allegadas, á quienes, si bien al principio, les choca este cambio, esta manera de ser, lo atribuyen á causas diversas y superficiales, como ser dolores de cabeza prolongados ó trastornos gástricos, ó exceso de trabajo ó preocupaciones por tal ó cual contrariedad; terminando por contemporizar ó habituarse porque ellos también se adaptan progresiva é inconscientemente al nuevo medio, al debilitamiento, á la falta de espíritu igualmente progresivo é inconsciente de la inteligencia del enfermo.

No sólo en el orden de sus obligaciones, deberes

ó compromisos es frecuente encontrar estas anomalías de conducta, sino también que muchos se forjan ilusiones; sus grandezas, satisfacciones y pronósticos favorables son los augurios de su porvenir aunque el estado de sus finanzas deje mucho que desear; estos estados, se puede decir, ya pueden constituir síntomas precursores de un delirio que no tardará en producirse.

La excitación genésica se observa en un buen número de casos en este periodo que trae por consecuencia la producción de delitos de este género, violaciones, estupro, atentados públicos al pudor, hechos por personas que han tenido conducta irreprochable y honesta, de ahí vienen las reconvenciones, las entradas á la policía y los juicios criminales.

Poco á poco los prodromos del paralítico general continúan acentuándose; las faltas, descuidos, olvidos, aumentan su frecuencia; ellos permanecen indiferentes á las observaciones y consejos, pronto los olvidan ó no los toman en cuenta, pues los renuevan, vuelven á las andadas de siempre, hasta que un acto ó hecho cometido, por su naturaleza ó manera de producirse, despierte la sospecha ó compruebe la anomalía de su estado mental, la familia recien se da cuenta de la serie de acontecimientos anteriores, pasados, al que ya es un enfermo desde mucho tiempo atrás.

Legrand du Saulle, cita una cantidad de ejemplos verídicos que atestiguan la manera de ser de

estos enfermos y las consecuencias inmediatas de sus actos.

He aquí alguno de ellos.

Un escribano público muy estimado, con diecisiete años de práctica profesional, vende su estudio acreditado, se hace comerciante en vinos, disipa en dieciocho meses todos sus caudales arruinando á los suyos; delira y muere paralítico general.

Un rico empleado fué tomado preso en un bazar porque se sustrajo públicamente dos objetos de porcelana de valor insignificante; al poco tiempo cae en demencia paralítica.

Un abogado, ocho días después de una congestión cerebral, durante un viaje, entabla relación con una mujer de cascos livianos, la colma de atenciones y legitima dos hijos que ella tenía sin saber de quién. Al cabo de dos meses es atacado de un delirio ambicioso, y fué internado en un hospicio de alienados, en donde unos años antes había estado su padre, que era paralítico general y muere de la misma enfermedad. La familia fué defraudada por los hijos adventicios en 150.000 francos.

Otros autores publican casós de delitos cometidos en pleno periodo prodrómico, y nos traen ejemplos de defraudaciones ó especulaciones en la Bolsa por sumas muy grandes. Otros de atentados á la moral ó ultrajes públicos al pudor, siendo castigados muy severamente, siendo sus autores detenidos y que sólo la parálisis general ha venido á acla-

rar después, la inocencia del sujeto delincuente.

Los actos del paralítico general, como se puede ver en todo lo que antecede, se encuadran según su naturaleza en las leyes siguientes:

1.° Falta de relación entre la emotividad y la gravedad del acto cometido.

2.° Torpeza en el acto ejecutado ó sea falta de habilidad.

3.° Indiferencia moral.

Es claro que existen diversos grados en la intensidad del acto mismo, como también en su debilitamiento mental, de ahí las apreciaciones diversas y las dificultades de la descripción, pero la característica de los hechos en general obedecen á las leyes prefijadas.

A los señores jueces les cuesta creer muchas veces y aceptar por consiguiente, un informe médico-legal que trate de un sujeto enfermo en estas condiciones, porqué aplican el término Demencia de una manera general á todas las locuras y viceversa, es decir, á todas las enfermedades mentales en su conjunto, haciendo de dos términos etiológica y clínicamente distintos una designación igual, y como no todos los locos son furiosos ni delirantes, y en estas condiciones todo el mundo, no sólo el juez puede asegurarlo, pero no sucede lo mismo cuando no hay agitación, ni delirio cuando se observa un ligero cambio de carácter, de hábito, de modo de pensar ú otros síntomas ligeros escondidos, de gran importancia para el profesional y

sin valor alguno para el profano que lo clasifica de original ó de raro, y sin embargo puede ser desde ya incurable.

Es que pasa frecuentemente lo que Lemoine expresa, preguntando: «¿Quien es el encargado y el sólo capaz de aplicar la ley?» Es el magistrado.

¿Quien es el encargado y capaz de conocer el estado del entermo? El médico.

Y con su lógica bien dirigida indica que deben ambos mutuamente respetarse sus atribuciones y sus derechos; el magistrado las más de las veces prescinde de ia autoridad médica, y máxime si los peritos están en discordancia en sus apreciaciones y fallos. Aquí se nos presenta otra cuestión sobre la competencia del perito; claro es que no todos los médicos están en las condiciones del especialista, dado el vasto campo de las ciencias naturales, pero también es un hecho indiscutible que el buen juez también debe buscar para que le de luces y accesore sobre lo que no sabe, al más idóneo, al más práctico y competente.

Esta tendencia de los jueces en prescindir de la autoridad médica es un hecho de observación común, y en el código civil lo vemos y en los comentarios al mismo por el doctor Veyga refiriéndose al hacer la crítica dice: He aquí su extracto:

«Es la mayor obra que argentino alguno haya producido, pero prescinde por completo de asuntos de competencia médica, resolviéndolos según su criterio jurídico de deducción filosófica aplicables

á las disertaciones, pero no á las leyes que rigen á la naturaleza que son de observación y comprobación, para aplicar el principio».

El paralítico general cuyos antecedentes, sus actos, su manera de ser especial, la vida anterior y posterior á los hechos, la manera de comportarse con respecto á éstos, se pueden apreciar, quedando evidenciado que no goza de la integridad completa de sus facultades porque es víctima de un debilitamiento total y progresivo de su psiquismo formado por la memoria, inteligencia, voluntad, á lo que agrega Ball las físicas, porque al debilitamiento gradual é inexorable de la inteligencia se asiste á la ruina generalmente más lenta de las fuerzas físicas.

Al estado anormal de sus facultades sucede como consecuencia lógica la realización de actos mórbidos, que, no sólo no ha podido contrarrestar, sino que tampoco ha pensado siquiera en la naturaleza de ellos.

Y entonces estos actos anormales tanto por su génesis, como por su naturaleza imputable al autor de ellos, son forzosamente considerados como nulos y les exime de responsabilidad.

C. Pensotti

Buenos Aires, Marzo 7 de 1906.

Nómbrase al Consejero Dr. José M. Ramos Mejía, al Profesor titular Dr. Domingo Cabred y al Profesor suplente Dr. José T. Borda para que constituidos en comisión revisora, se sirvan dictaminar respecto de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. CANTON
R. S. Gomez

Buenos Aires, Marzo 15 de 1906.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta n.º 1681 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON
R. S. Gomez

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Pseudo parálisis general.

II

Remisiones en la parálisis general progresiva.

III

Complicaciones de la parálisis general progresiva.

BIBLIOGRAFIA

E. Régis. . . . . *Précis de Psychiatrie. Paris 1906.*

Ball . . . . . *Leçons sur les maladies mentales. Paris 1890.*

Rouge de Fursac . . . *Psychiatrie. Paris 1905.*

Legrand du Saulle . . *Paris 1883.*

Gilbert Ballet . . . . *Traité de Pathologie mentale. Paris 1903.*

Borda J. T. . . . . *Paralysie générale progresive (contribution a l'étude de son anatomie et de son histologie pathologique. Buenos Aires 1906.*

Velez Sarsfield. . . . *Código Civil Argentino.*

Francisco de Veyga . . *Estudios médico-legales del Código Civil Argentino. B. Aires 1900.*

Rivarola . . . . . *Exposición y crítica del Código Penal Argentino. 1890.*

Weigandt G. . . . . *Atlas Manuel de Psychiatrie. 1904.*

Charcot, Bouchard, Brissaud . . . . . *Traite de médecine. Tomo X. París 1905.*

Kraft-Ebing . . . . . *Traite clinique de Psychiatrie. 1897.*

G. Dieulafoy. . . . . *Manuel de pathologie interne. T. II. 14e Edition.*

V. Magnan. . . . . *Recherche sur les centres nerveuses. París 1893.*