

ARTÍCULO IX.

PARÁLISIS GENERAL.

§ I.—Consideraciones generales.—Ojeada histórica.

El estudio de la parálisis general pertenece á nuestra época. Las primeras nociones todavía vagas y mal determinadas, se remontan á John Haslam (1798); pero esta enfermedad tomó muy luego puesto en el cuadro nosológico, bajo la pluma de nuestros mas distinguidos *alienistas*, y no tardó en conocerse en lo que tiene de fundamental.

La parálisis general, estudiada en los asilos de los enagenados, para reconocerse desde el principio, necesita manifestarse con rasgos ya bien acentuados. Por lo tanto, las primeras manifestaciones pasaban desapercibidas en general á la observacion, y no se veia muchas veces en una parálisis general incipiente, sino una de las formas de la locura, acompañada mas tarde de parálisis. Hé aquí por qué Esquirol (1), Georget (2) y Delaye (3), han hecho de la parálisis general una complicacion de la locura.

Bayle (4) consagra ya en 1822 la idea de entidad morbosa, y en 1826 creó, hasta cierto punto, la parálisis general é hizo de ella una *enfermedad primitiva* que empieza de buenas á primeras.

En la misma época, Calmeil (5) publica su excelente monografía en la que se encuentra tambien la idea de complicacion.

Algunos años despues, las investigaciones de Parchappe (6) suministran datos mas completos á la anatomía patológica. Este autor reconoce una especie de enagenacion mental distinta de todas las demas, que llama *locura parálitica* y que considera como enfermedad primitiva; pero admitiendo, por otra parte, que puede sobrevenir despues de *una larga duracion de la locura simple*, y tambien en los enfermos *atacados de demencia de mucho tiempo atras*. Se ve, pues, que la considera todavía como una complicacion.

(1) Esquirol, *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, 1805.—*Memoire sur la demence*, 1814.—*Des maladies mentales*, 1838.

(2) Georget, *De la folie*, 1820.

(3) Delaye, *Thèse sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés*, 1824.

(4) Bayle, *Thèse sur l'arachnitis*, 1822.—*Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*. Paris, 1826.

(5) Calmeil, *De la paralysie, considérée chez les aliénés*, 1826.

(6) Parchappe, *Des altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale*, 1838.—*Traité théorique et pratique de la folie*, 1841.

Tal era el estado de la ciencia en esta época, en que influian, por lo general, los escritos y preceptos de Esquirol; habiendo resistencia á separar la parálisis general de la locura.

Rechazando la idea de complicacion, Baillarger (1) demuestra la importancia de los trastornos de los movimientos y hace, como Bayle, de la parálisis general, una enfermedad primitiva.

Inmediatamente despues, Requin (2) y Lunier (3), cambiando el campo de observaciones, buscan nuevas luces en los hospitales ordinarios. En estos se encuentran principalmente enfermos, cuyas lesiones mas aparentes, son las del movimiento, por lo cual vemos que Requin admite dos formas de parálisis progresiva, una con enagenacion y otra sin ella, en la que la debilitacion de la inteligencia, poco marcada todavía, pasa desapercibida fácilmente (4).

Lunier indica casos, en los cuales los trastornos de la motilidad se presentan solos en un principio, y van seguidos mas tarde de delirio.

Esta opinion obtuvo la sancion de Baillarger; pero este sabio alienista indica claramente, que no hace de los trastornos motores el único elemento característico, y que jamás ha admitido, dice, parálisis general, sin lesion de la inteligencia (5).

Otros autores, aunque partiendo de puntos de vista diferentes, llegan á la misma conclusion. Así es, que Julio Falret (6) en su tesis, despues de haber concedido la preminencia al delirio que constituye el fenómeno mas notable, añade: «Pero poco importa que un sintoma preceda al otro en la evolucion de la enfermedad, si está demostrado que están íntimamente ligados como expresion de un mismo estado morboso, y si la existencia de uno con sus caracteres especiales, basta para prever la produccion ulterior del otro» (7).

Estas diferentes opiniones, fundándose sobre hechos secundarios, tuvieron la ventaja de hacer apreciar en su justo valor los diversos grupos de síntomas que constituyen la parálisis general. Por otra

(1) Baillarger, *Annales médico-psychologiques*, 1847.

(2) Requin, *Elements de pathologie*, t. II, p. 90.

(3) Lunier, *Annales médico-psychologiques*, 1849.

(4) No basta mencionar una opinion que se encontrará, primero en Sandras (*Traité pratique des maladies nerveuses*, t. II, 1851), tomada y adoptada por Briere, de Boismont (*Supplément du Dictionnaire des Dictionnaires*, p. 596, 1851), y Duchenne, de Boulogne (*Ann. médico-psycholog.*, 1850), que consiste en admitir dos especies de parálisis general, una sin enagenacion (parálisis espinal), en la cual está abolida la contractilidad electro-muscular, y la otra con enagenacion (parálisis cerebral), en la cual se conserva la contractilidad electro-muscular. La observacion exacta de los hechos, no permite conservar en el cuadro de la enfermedad que nos ocupa, esas parálisis generales progresivas sin enagenacion mental, en ningun periodo de su evolucion.

(5) Baillarger, *Annales médico-psychologiques*, 1859, p. 287.

(6) J. Falret, *Recherches sur la folie paralytique*, thèse, 1853.

(7) J. Falret, *loc., cit.*, p. 17.

parte, muy luego se ha observado la tendencia marcada de los *alienistas* á adherirse á la doctrina que hace de la parálisis general una entidad morbosa, una enfermedad *una é idéntica*, que tiene sus caracteres bien marcados (1).

La literatura extranjera ofrece pocos documentos que puedan ilustrar este estudio, porque los autores han experimentado por lo general la impulsión recibida de Francia.

Pero los progresos de la anatomía patológica, prestan todos los días un nuevo apoyo á la doctrina de la entidad morbosa de la parálisis general. Calmeil (2) y Parchappe, demuestran lesiones bien determinadas, que los estudios histológicos de Salomon (3), Rokitansky y Virchow (4) han permitido proseguir de una manera mas precisa.

En fin, los resultados suministrados por el estudio anátomo-patológico de algunos hechos, en los cuales se vé ciertas enfermedades de la médula propagarse hácia el cerebro y determinar la parálisis general, han permitido á Magnan (5) indicar una nueva vía á las investigaciones anatómicas en la parálisis general, y apreciar mejor, segun veremos, el modo patogénico de esta enfermedad.

§ II.—Definición, sinonimia y frecuencia.

La parálisis general, *meningitis crónica* (Bayle) *periencefalitis crónica difusa* (Calmeil), *locura parálitica* (Parchappe) y *parálisis general progresiva* (Requin), es una enfermedad que tiene un conjunto de lesiones bastante constantes y caracterizadas sintomáticamente, por trastornos del movimiento y de la sensibilidad, por una demencia y un delirio variable, pero con frecuencia de naturaleza ambiciosa ó hipocondriaca.

Esta enfermedad se hace mas frecuente todos los días; no como se podría creer, porque siendo mejor estudiada pasen desapercibidos pocos hechos, sino mas bien, porque como veremos, se han hecho mucho mas frecuentes las condiciones favorables á su desarrollo.

§ III.—Causas.

1.º *Causas predisponentes.*—*Herencia.*—La influencia de esta causa, que domina la patología de la locura, interviene igualmente

(1) Moreau (de Tours), *Ann. médico-psycholog.*, 1850.—Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, 1862, p. 415.

(2) Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, 1859.

(3) Salomon, *Ann. médico-psycholog.*, 22 Abril 1863.

(4) Virchow, *Pathologie cellulaire*, trad. Picard, Paris, 1866.

(5) Magnan, *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la paralysie générale*, 1865. (Inédit.).

en la producción de la parálisis general. Calmeil cree, que se debe elevar hasta $\frac{1}{3}$ la proporción de los casos en que se manifiesta la influencia hereditaria. Le ha sorprendido la diferencia considerable que hay entre el número de hombres parálíticos y el de mujeres, sobre todo, en la clase acomodada.

Parchappe, en una relación de 86 parálíticos, ha encontrado 70 hombres y 16 mujeres.—Calmeil, en 82 casos, 73 eran hombres y 9 mujeres. En Stephansfeld, de 1835 á 1852, la proporción de los parálíticos relativamente al número de enagenados, era de uno á seis en los hombres y de uno á 26 en las mujeres.

Magnan, interno en la Bicêtre, hizo en el mes de Marzo de 1864 el estado de los parálíticos de la segunda sección de los enagenados: de 286 enfermos, encontró 113 atácos de parálisis general. En Julio de 1865, hizo en la Salpêtrière un estado comparativo y de 900 mujeres enagenadas (2.ª, 3.ª y 5.ª secciones), ha comprobado que 96 estaban atacadas de parálisis general. El diagnóstico se ha revisado y anotado con cuidado en todos estos casos.

Así es que, mientras que los hombres parálíticos están en la proporción enorme de *cuarenta por ciento* (39,5), las mujeres lo están en la proporción un poco mas de un *diez por ciento* (10,66).

La diferencia se hace todavía mucho mayor, cuando la estadística pertenece únicamente á enfermos que corresponden á la clase rica. Por lo mismo, Baillarger en una anotación del *Tratado de las enfermedades mentales* de Griesinger, dice (p. 468): «Esta cuestión de la frecuencia de la parálisis general en los hombres y en las mujeres, no podría juzgarse por las estadísticas de los asilos, á los cuales van las mujeres de las clases pobres. En efecto, la enfermedad es muy poco frecuente en las mujeres de la clase rica y muy comun en las de clase pobre de las grandes poblaciones: ateniéndose á estas últimas, se tendría, pues, una proporción bastante elevada, pero que sería muy diferente en los asilos consagrados á los enfermos ricos. La razón de esta diferencia solo puede encontrarse en el género de vida, ocupaciones, régimen, etc.»

Edad.—La parálisis general es una enfermedad de los adultos. Calmeil jamás la ha visto desarrollar en individuos de menos de veintidos años (1); siendo de cuarenta y uno el término medio de la edad de los hombres, cuya observación ha referido y de treinta y ocho y siete meses la de las mujeres, al principio de su enfermedad. Para Parchappe, el término medio de la edad de los hombres, es de cuarenta y cuatro años, y cuarenta y dos la de las mujeres.

Marcé, en un estado de 300 hechos recogidos en Bicêtre, los repartió respecto á las edades, de la manera siguiente: de veintiseis á treinta años, 22 casos; de treinta y uno á treinta y cinco, 55 casos; de treinta y seis á cuarenta, 67 casos; de cuarenta y uno á cuarenta

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 476.

y cinco, 56 casos; de cuarenta y seis á cincuenta, 44 casos; de cincuenta y uno á cincuenta y cinco, 24 casos; de cincuenta y seis á sesenta, 25 casos; de sesenta y uno á sesenta y cinco, 3 casos; de sesenta y seis á setenta, 4 casos (1).

Resulta, pues, de los estados de Calmeil, Parchappe y Marcé, que la parálisis general se encuentra lo mas comunmente de los treinta y cinco á los cuarenta y cinco años.

Relativamente á los *climas*, basta observar que su influencia es mas aparente que real, puesto que las diferencias dependen el mayor número de veces de un diagnóstico equivocado.

2.º *Causas ocasionales*.—Las causas *morales*, los trabajos *mentales* y las fatigas intelectuales excesivas, son otras tantas causas ocasionales; pero las que dejan sentir mas su influencia, dependen de ciertos hábitos y de ciertas profesiones.

Calmeil indica el número considerable de paralíticos en Charenton procedentes del ejército de Africa: atribuye estos accidentes á los hábitos alcohólicos de los militares en las últimas campañas.

Tambien es menester contar entre estas causas, la vida de café, la existencia particular de los hombres de bufete, privados de ejercicio y confinados en un medio con frecuencia estrecho, en donde se respetan poco las reglas de la higiene. Las profesiones que exigen la permanencia habitual cerca de los fogones (cocineros, panaderos, cerrajeros, etc.) Las causas físicas, tales como golpes, caídas sobre la cabeza, la influencia de erisipela del cuero cabelludo (Baillarger), ciertas enfermedades del corazón, la supresión del flujo hemorroidal, y en una palabra, todas las causas que provocan estados congestivos hácia la cabeza.

Baillarger (2) ha indicado la influencia de la pelagra.

Las intoxicaciones saturninas y mercuriales, se han considerado como causas ocasionales.

En algunos casos, la sífilis parece haber sido la causa primera de la parálisis general. Los focos de reblandecimiento y los hemorrágicos, pueden ser punto de partida de la lesión, que mas tarde invade todo el encéfalo; pudiendo determinar tambien la parálisis general ciertas enfermedades de la médula, propagándose hácia el cerebro (Magnan).

§ IV.—Lesiones anatómicas.—Patogenia.

Sería interesante exponer la anatomía patológica, siguiendo el orden cronológico, porque de esta manera podríamos seguir sus pro-

(1) Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, p. 471.

(2) Baillarger, *De la paralysie générale chez les pellagres* (*Annales médico-psychologiques*, 1849).

gresos sucesivos debidos á infatigables y perseverantes esfuerzos; pero habria que entrar en detalles demasiado estensos que corresponderian solamente á un tratado especial. Por lo mismo, será necesario limitarse á la enunciaci6n de las diversas lesiones que acompañan á la parálisis general, insistiendo, no obstante, sobre aquellas que se presentan mas habitualmente.

Los tegumentos del cráneo y los huesos, no ofrecen alteraciones determinadas en la parálisis general. Cuando la enfermedad tuvo una duracion un poco larga, y en especial, cuando han sobrevenido congestiones repetidas, se encuentra por lo comun un engrosamiento de la piel y de las paredes craneanas, que se presentan tambien mas resistentes. Estos tejidos se hallan muy hiperemiados en los casos bastante numerosos, en que los enfermos sucumben á una congestión.

El engrosamiento de la dura madre y las adherencias de esta membrana á la bóveda del cráneo, se presentan tambien algunas veces en la parálisis general. Basta mencionarlos.

La aracnoides está mas densa y pierde una parte ó tambien la totalidad de su transparencia. Está opalina, grisácea ó blanquecina; algunas veces de una manera uniforme y el mayor número desigualmente; viéndose en diferentes puntos de la superficie, pequeñas exudaciones bajo la forma de granulaciones, mas pronunciadas ordinariamente al nivel de las cisuras de Silvio y á lo largo del borde superior de los hemisferios. Estas granulaciones aracnoideas indicadas por Bayle, se presentan, sobre todo, en la parálisis general; pero se encuentran tambien en otras enfermedades del cerebro y en particular en la demencia senil.

La pia madre, tan pronto se halla muy inyectada, de un rojo vivo y surcada de vasos turgescientes, como pálida, grisácea, engrosada é infiltrada de serosidad; presentando á lo largo de los vasos un poco voluminosos, rastros blanquecinos y algunas veces pequeñas manchas opacas análogas á los exudatos de la aracnoides. Su consistencia mayor, la hace mas sólida, mas resistente y en vez de levantar por la tracci6n pequeñas porciones, se desprende, por el contrario, por anchos colgajos. Su *adherencia* á la capa cortical, casi nula en estado normal, presenta grados variables en la parálisis general, y en el mismo cerebro, segun las regiones en que se examine. En la parte media de los hemisferios y sobre todo al nivel de las astas occipitales, la lesión está por lo general, menos avanzada. Tirando de la meninge, se la ve desprender, pero resistiendo un poco; parece ligeramente pegada y hace creer casi en la presencia de un cuerpo viscoso y glutinoso interpuesto entre las dos superficies cerebrales y meníngeas: la membrana *agarra*, como dice Calmeil, á la sustancia nerviosa cortical; y se ven romper una serie de pequeños filamentos (capilares, tractus fibrosos), interpuestos entre las superficies, á medida que se separan una de la otra. Hácia los l6bulos fron-

tales se pegan de una manera cada vez mas íntima, y muy luego se comprueba una *soldadura de enfermedad* entre la pia madre y el cerebro, que no permite tampoco la ablacion de la meninge, sin traer consigo una porcion de la capa cortical que se adhiere á la membrana, como una especie de forro.

Puesta al descubierto la superficie cerebral, presenta en general, un punteado rojizo en los sitios en que se *agarraba* la pia madre; fuera de aquí, en las partes en que la adherencia es mayor, se ven simples erosiones rojizas, tapizadas de pequeños penachos vasculares.

En las partes, en fin, (astas frontales, en la mayoría de casos) cuya lesion esté mas avanzada, se encuentran en las circunvoluciones, superficies escoriadas, profundas, ásperas, irregulares, rojas, dando sangre, mas ó menos reblandecidas, en una palabra, verdaderas *ulceraciones*.

Estas adherencias y estas ulceraciones tienen un gran valor, y algunos autores hicieron tambien de ellas la lesion característica de la parálisis general (Calmeil, Marcé).

En los casos en que faltan estas lesiones, es necesario examinar con cuidado el estado de las membranas, porque la falta ó la presencia poco marcada de estas lesiones, puede esplicarse por el edema concomitante de las meninges, por lo cual no dejan de conservar todo su valor.

En efecto, se puede disminuir en el cadáver el grado de estas lesiones y hacerlas tambien desaparecer, cuando no estén muy adelantadas, inyectando agua en la carótida y la yugular internas de un lado: con esto, las meninges del lado correspondiente se infiltran de líquido, y cuando se abre el cráneo, puede uno convencerse, levantando las meninges de los dos hemisferios, que las lesiones son menos marcadas del lado inyectado (Magnan). El fenómeno que se produce artificialmente de este modo, puede producirse bajo la influencia del edema, y se le debe tener en cuenta en los casos dudosos.

Estas alteraciones no son debidas solamente á la meninges, dependen tambien de la lesion de la capa cortical, cuya alteracion, que Parchappe considera como *constante y característica* de la parálisis general, consiste en un reblandecimiento que está situado en la parte media de la capa cortical, en los casos cuya lesion es poco marcada. Algunas veces esta parte es la única desprovista de consistencia, de modo que la lesion podria pasar desapercibida, si no se reconociese, á beneficio del mango del escalpelo introducido á este nivel, que la mitad esterna de la capa cortical se desprende en una estension un poco mayor que la en que se ejerce la accion del escalpelo. Unas veces la capa superficial que se levanta es blanda y está reducida á papilla, y otras dura, quebradiza y disminuida de volumen. La coloracion de la capa cortical es variable y está en relacion

con la inyeccion mayor ó menor de los capilares, por lo cual puede presentar matices variados; rosado, rojo, heces de vino, etc.

La parte profunda, en donde es mas considerable la red vascular, se presenta bajo la forma de una cinta sinuosa y violácea que resalta sobre la sustancia blanca.

La capa cortical, por el contrario, tiene, fuera del sitio congestionado, un color pálido, gris sucio y amarillento, principalmente en una época avanzada de la enfermedad.

A parte del reblandecimiento, se demuestra la atrofia de la sustancia gris, cuyo espesor está reducido alguna veces á la mitad, como es fácil comprobarlo en cortes perpendiculares á la superficie de las circunvoluciones.

Separada la sustancia cortical, se ve la sustancia blanca, cuya induracion muy notable en la parte anterior, astas frontales, permite obtener, con solo raspar, pequeñas lengüetas análogas á la epiglótis y crestas blancas y consistentes, despojadas completamente de sustancia gris. Segun Baillarger, esta induracion de las crestas frontales falta muy rara vez y es el principal carácter anatómico de la parálisis general.

El epéndimo ventricular está á veces condensado y sembrado, como lo ha indicado Joire, de finas granulaciones, que dán un aspecto áspero bastante notable en el suelo del cuarto ventrículo.

El cerebro está atrofiado en totalidad (Parchappe), y se demuestra fácilmente que las circunvoluciones adelgazadas y como enflaquecidas, presentan menos altura, están separadas por anfractuosidades mas considerables y han perdido de su volumen y resistencia.

Bastará solo indicar algunas lesiones, que no son especiales de la parálisis general y que, por otra parte, están consignadas en el artículo sobre las hemorragias meníngeas (tomo II); tales como las falsas membranas y quistes de la aracnoides, el edema mas ó menos considerable de las meninges y algunas veces tambien, la dilatacion y derrame ventricular.

En resumen, las lesiones casi constantes en la parálisis general son; la condensacion y opacidad de las meninges; las adherencias de la pia-madre y el reblandecimiento de la capa cortical que produce las ulceraciones por el desprendimiento de la membrana; y la induracion de la sustancia blanca (estado escleroso) que tiene por espresion las crestas frontales blancas y resistentes.

A estos caracteres visibles á simple vista, es necesario añadir los datos suministrados por los estudios histológicos modernos. Pero para apreciar mejor la patogenia de estas alteraciones, haremos observar la solidaridad que existe entre las lesiones del encéfalo y las de la médula.

La unidad del sistema cerebro-espinal implica la unidad de sus lesiones, y hay casos, en efecto, segun las investigaciones de Magnan, en los cuales se fijan en la médula lesiones análogas á las que

se acaban de estudiar en el cerebro: como se verá, estas lesiones de la médula, mucho antes del desarrollo de la parálisis general, presentan síntomas, cuya evolucion sucesiva está en relacion con la propagacion de la lesion de la médula al cerebro y reciprocamente; en algunos sugetos hay propagacion del cerebro á la médula.

De cualquiera manera que sea, en estos casos, las meninges raquidianas se encuentran condensadas, opacas é infiltradas de productos de exudacion, como se ha visto en las cerebrales. La médula está tambien alterada, y su lesion que á simple vista, puede presentarse, respecto á su consistencia y coloracion, bajo aspectos un poco diferentes, ofrecen al microscopio alteraciones que dependen del mismo procesus morboso. Este es un trabajo de irritacion crónica, como dice Virchow, interesando primitivamente el tejido conjuntivo (capilares, meninges, tejido intersticial en la médula, nevroglia en el encéfalo), y secundariamente, los elementos nerviosos que son el sitio de un trastorno nutritivo (tubos, células, miocitos de Robin, elementos nucleares y celulares).

El exámen de las médulas en las observaciones, cuya lesion se ha visto propagar hasta el cerebro, deja ver el maximum de la alteracion hácia el final de la region dorsal, á cuyo nivel los hacecillos posteriores están enfermos en casi su totalidad, y en algunos sugetos alcanza tambien la lesion los cordones laterales y anteriores (1).

A medida que se examinan las partes mas aproximadas al cerebro, se observa que la alteracion se limita á los hacecillos posteriores y en la region cervical está limitada á cada lado del sureo medio posterior en un espacio triangular, cuya base mira hácia atrás. Con un aumento de 200 á 300 diámetros, se ve en todas estas partes un desarrollo considerable de tejido conjuntivo que es el sitio de una proliferacion nuclear abundante que envuelve los tubos, los cuales haciéndose menos numerosos, están separados los unos de los otros y son granulados, quedando algunos reducidos al cilindro axis que desaparece tambien á veces. Las células están granuladas particularmente en las astas posteriores, pero no presentan una alteracion tan adelantada, como los tubos.

Los capilares ofrecen una pared mucho mas densa y cubierta de núcleos.

En el cerebro se encuentran estas mismas alteraciones, pero en un grado menos adelantado. Los capilares de este órgano tienen una pared condensada cubierta de núcleos de diferentes grados de evolucion que disminuye el calibre del vaso, y alterada de este modo la circulacion, provoca poco á poco las modificaciones nutritivas, cuya expresion es el reblandecimiento de la capa cortical en particular. Todos los elementos de esta parte del encéfalo (células mielocitos),

(1) Westphal, *Allg. Zeitschr. für Psychiatrie von Laehr*, XXI, 1864;—et Magnan, *loco citato*.

están sumamente granulados. La neurologia, por otra parte, (tejido conjuntivo especial é intersticial, distribuido en todas las partes del encéfalo y separando los elementos), es el sitio de una proliferacion nuclear, se condensa, aumenta de volumen y toma un aspecto ligeramente estriado, que se ve con bastante claridad al microscopio en las preparaciones de sustancia blanca de los lóbulos anteriores (esclerosis, crestas frontales). Estas lesiones jamás alcanzan en el cerebro el grado de intensidad que tienen en la médula, sin duda porque la vida se haria incompatible con un grado tan avanzado de alteracion de este órgano.

En algunos casos de parálisis general adelantada, el exámen de la médula deja comprobar en los cordones posteriores la propagacion de la lesion del cerebro á la médula, pero hasta ahora la lesion que va disminuyendo de arriba abajo, no se ha encontrado mas allá de la region cervical. Es muy probable que se comprobará una lesion mas estensa en ciertos casos de parálisis general de *forma espinal*, en los cuales se ve predominar de una manera insólita los trastornos de las estremidades inferiores (Magnan).

§ V.—Síntomas.

Resumen general de los síntomas.—En el estudio de la parálisis general, es muy conveniente penetrarse de un conjunto de síntomas que sobresalen sobre todos los demás, forman el fondo de la enfermedad y le dan su fisonomía particular. Estos síntomas *esenciales* pueden dividirse en dos grupos: 1.º trastornos de la motilidad y de la sensibilidad; 2.º trastornos de la inteligencia, desde la mas ligera debilitacion de la memoria y del juicio, hasta la abolicion completa de las facultades intelectuales.

Los síntomas *acesorios* tienen tambien un valor real, pero pueden faltar; y si en algunas circunstancias casi bastan para diagnosticar la enfermedad, es porque para algunos sacan su carácter especial de un fondo de demencia (signo esencial que J. Falret, (1) hizo resaltar con mucha razon, diciendo que las ideas de los parálisis son *múltiples, móviles, no motivadas y contradictorias entre sí*, (absurdas).

A. *Síntomas esenciales.*—*Trastornos de la motilidad y de la sensibilidad.*—La *dificultad de la palabra* que aparece de una manera mas notable, cuando el enfermo está intimidado ó conmovido, es poco marcada al principio, y consiste en una especie de embarazo, de suspension ó de esfuerzo antes de la pronunciacion de ciertas palabras, de las compuestas particularmente de sílabas labiales. Esta dificultad, primeró intermitente, que es de perplegidad, mas bien

(1) J. Falret, *Recherches sur la folie paralytique*, thèse, 1853, p. 62.