

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, primero intermitente, que es de perplegidad, mas bien

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



que de tartamudez, se hace poco á poco continua y mas marcada; mas tarde la voz es gutural y la palabra prolongada; cada sílaba se mide y va seguida de un momento de detencion, durante el cual, la voz se prolonga como al cantar los salmós. Los infructuosos esfuerzos de los enfermos para articular convenientemente los sonidos, ponen en juego de una manera irregular los músculos de la cara, sobre todo, los que convergen hácia la boca; á la palabra precede una especie de preparacion, los labios se ponen trémulos, los músculos oscilan, tienen movimientos fibrilares y presentan ligeras convulsiones alrededor del orbicular.

Sacada la lengua al exterior, no puede permanecer inmóvil y su superficie está agitada de ondulaciones vermiculares debidas á la contraccion irregular de los músculos intrínsecos, cuyos movimientos predominan hácia la punta y bordes; pero á medida que la enfermedad progresa, todo el órgano se pone tembloroso, desde que se coloca entre los arcos dentarios; por lo general no hay desviacion, ni á la derecha, ni á la izquierda. La palabra se dificulta mas y mas, y el lenguaje se hace ininteligible hácia el fin de la enfermedad.

*Trastornos motores de los miembros.*—El temblor de las manos es poco aparente al principio y pasa desapercibido en muchos de los paralíticos; así es, que para algunos médicos, los trastornos de la motilidad se presentan primero en las piernas, y despues en los brazos. El predominio de este síntoma en los miembros inferiores, es mas aparente que real; en efecto, se encuentra desde muy temprano en los miembros superiores un cambio notable en los enfermos, cuyo trabajo manual exige precision y delicadeza (relojería, escritura, costura, etc.). Estos enfermos se aperciben con bastante rapidez, que sus manos se han puesto inhábiles y no tienen su destreza habitual.

Al mismo tiempo, la progresion se modifica poco á poco y se hace por sacudidas bruscas; los enfermos pueden dar, es verdad, desde el principio, carreras bastante largas sin demasiada fatiga, pero no dirigen tan bien sus piernas, marchan mal, ladeándose torpemente, y tropiezan fácilmente en un terreno desigual, y si quieren volverse bruscamente, vacilan, oscilan y se esfuerzan por algunos momentos para adquirir su equilibrio.

Estos fenómenos musculares que invaden primitivamente todas las partes del cuerpo, sin que se pueda precisar con exactitud los puntos por los cuales empiezan, participan mas de la naturaleza convulsiva que de la parálisis: esta no es de debilidad, propiamente hablando, hay mas bien incoordinacion, incertidumbre en los movimientos, y alguna cosa que se parece á la ataxia. Así es, que el paralítico que vacila al andar, que deja caer los objetos de la mano y que apenas puede abotonar sus vestidos, es capaz de un gran vigor, ya en los brazos, ya en las piernas, bajo la influencia de la cólera, y puede desplegar una fuerza casi tan considerable como en el estado

normal. En el decúbito dorsal, los movimientos se hacen tambien mejor, pero son un poco torpes y lentos.

A este desórden de movimientos se añade, progresivamente, una debilidad verdadera, que, sin embargo, jamás se convierte en una *parálisis completa*. La progresion, cada vez mas difícil, concluye por hacerse imposible, y luego que los enfermos se ponen de pié, tiemblan sobre sus piernas, se agarran fuertemente á los objetos que los rodean y caerian sin un apoyo, tanto, que se hace necesaria la permanencia en cama ó en un sillón.

En este último período se ven predominar algunas veces los accidentes paralíticos, ya á la derecha, ya á la izquierda, y los enfermos se inclinan fuertemente del lado en que existe este predominio. No deja de ser frecuente tampoco encontrar en los músculos de un miembro una *rigidez*, que opone cierta resistencia á la flexion ó á la estension. Por último, en algunos casos se observa la *contractura* de un miembro ó de cierto número de músculos, contractura con frecuencia muy prolongada, y que imprime á las partes en que se asienta, las posiciones mas molestas (1).

*Accidente paralítico de los músculos de la vida orgánica.*—Desde el principio de la enfermedad se puede notar la emision involuntaria de las heces ventrales y de la orina; cuyos fenómenos pueden reproducirse muchas veces, alternando con la retencion mas ó menos pertinaz de estas escreciones.

La pereza en la contractilidad de los reservorios musculares, no llama desde luego la atencion, porque estos fenómenos se consideran como puramente accidentales, mientras que se refieren las mas de las veces á la parálisis general. Sin embargo, poco á poco, y principalmente en la variedad melancólica, el estreñimiento se hace frecuente, y puede convertirse en algunos casos, en punto de partida de un estancamiento intestinal.

Lo mismo sucede en la vejiga; el esfínter relajado deja algunas veces salir la orina (incontinencia), pero con mayor frecuencia las paredes distendidas por el líquido, no tienen bastante fuerza para expulsar el contenido (retencion con rebosamiento).

La parte superior del tubo digestivo pierde tambien sus fuerzas contractiles habituales, hácia la terminacion del mal, el exofago se pone incapaz de obrar sobre el bolo alimenticio luego que éste es un poco duro y voluminoso, cosa bastante frecuente á causa de la glotonería de los paralíticos, que se apresuran á deglutir los alimentos mal preparados por una masticacion incompleta. Detenidos estos

(1) Se conserva la sensibilidad electro-muscular, pero este signo tiene un valor secundario bajo el punto de vista de los fenómenos paralíticos y de las lesiones que los determinan, puesto que en algunos casos aun de alteracion muy estensa de la médula con paraplegia verdadera, acompañando á la parálisis general, puede verse producir la contraccion muscular bajo la influencia de la corriente eléctrica.



cuerpos estraños en el exófago, comprimen la tráquea y son el punto de partida de accesos de sofocación algunas veces terribles; la cara se pone purpúrea, las venas se distienden, los ojos inyectados, prominentes, cubiertos de lágrimas y convulsos; los rasgos de su fisonomía espresan la ansiedad mas viva, y por lo general, despues de algunos esfuerzos, los alimentos pasan y renace la calma; pero, sin embargo, no siempre sucede esto. La faringe, impropia tambien en sí misma para coger y atraer su presa, deja depositar sobre el orificio superior de la laringe el bolo alimenticio, del cual caen con frecuencia algunos fragmentos en las cavidades de la laringe, de la tráquea ó de los bronquios, de donde son espulsados por una tos violenta; pero otras veces tambien los alimentos medio masticados se introducen á la manera de una cuña al través del orificio superior de la laringe, y no tardan en determinar la asfixia, si á beneficio de la mano ó de una larga pinza, no se procura desembarazar las vías respiratorias.

Las trastornos de la *sensibilidad*, aunque poco frecuentes y difíciles de comprobar al principio de la enfermedad, deben, sin embargo, anotarse con cuidado. La disminucion de la sensibilidad de la piel, puede en algunos casos ser un signo precursor de la parálisis general. De Crozant (1) ha indicado una anestesia general casi completa, existente desde el principio, y precediendo tambien á las lesiones del movimiento. Esta anestesia puede ser pasajera y desaparecer luego que se acentúan mas los trastornos de la motilidad, para reaparecer un poco mas tarde; en efecto, en un período mas avanzado, las picaduras y los pellizcos se sienten débilmente, y á veces los enfermos no dan señales de dolor, sino despues de algunos segundos. Las denudaciones de la piel (vejigatorios, cauterios, etc.), empleados como medios derivativos y revulsivos, determinan tambien, por lo general, muy poco dolor, siendo á veces completa la anagelsia.

La hiperestesia es un fenómeno mucho mas raro, y se presenta tambien por grados diferentes de intensidad.

Griesinger (2) ha observado á veces un estado pasajero de hiperestesia extrema de la superficie cutánea, en la cual el mas ligero contacto con la piel provocaba movimientos, reflejos muy estensos, y convulsiones de todos los músculos sometidos á la voluntad, cuyo estado, dice, ofrecia la mayor analogía con lo que se observa en los animales envenenados por la estricnina.

En algunos enfermos se comprueban entorpecimientos, hormigueos en los brazos y en las piernas, y con menos frecuencia, verdaderos dolores.

El estudio de la sensibilidad con sus modalidades, en mas ó en menos (hiperestesia, anestesia), permite llegar á un conocimiento

(1) De Crozant, *Revue médicale*, 1846.

(2) Griesinger, *Traité des maladies mentales*, trad. Doumic, 1865, p. 465.

mas completo de ciertos síntomas; así es como Michéa (1), analizando los fenómenos morbosos de la sensibilidad en los paralíticos, los ha examinado bajo el punto de vista del dolor, del contacto, de la temperatura y del cosquilleo, y ha demostrado que la anestesia ó la hiperestesia, eran en los paralíticos la principal causa de las ideas hipocondriacas, esas concepciones delirantes que toman su origen en la preocupacion exagerada del yo.

*Trastornos de la inteligencia.*—La *inteligencia* se debilita lenta y gradualmente; así es, que al principio deben tenerse en cuenta las modificaciones mas ligeras.

La memoria da con frecuencia los primeros indicios, pero aquí, como lo hemos visto para los trastornos motores, los síntomas no aparecen con la misma claridad en todos los sujetos. La posicion social, la profesion del individuo, por sus exigencias, descubren en él, mas ó menos pronto, el descenso del nivel intelectual. Cuanto mas iniciativa necesiten sus ocupaciones y esfuerzos de inteligencia, mas pronto tambien se apercibirá que no *es el mismo*.

«La debilitacion de la memoria, dice Calmeil (2), y la obliteracion de la inteligencia complicada ó no de delirio, con ó sin apariciencia de falta de razon, deben contarse entre las manifestaciones mas insidiosas y ordinarias de la periencefalitis crónica incipiente. »La importancia de estos fenómenos no puede permanecer desconocida mucho tiempo, porque los enfermos son los primeros que hacen notar, que con frecuencia les sucede olvidar datos y cometer omisiones que procuran evitar, y se quejan tambien de falta de atención, sea que escuchen, lean ó escriban; asimismo porque se embrollan en sus cálculos, asegurando que no tienen la capacidad necesaria para cuidar de sus intereses domésticos, llenar las obligaciones referentes á sus cargos y conducir á feliz término sus empresas industriales y comerciales.»

A la debilitacion de la memoria y de la inteligencia y al cambio de conducta y de carácter, se agrega tambien algunas veces una perversion de las facultades morales y afectivas; así es, que el enfermo no aprecia el valor de sus acciones y roba objetos insignificantes con la mayor imprevision, y en algunas circunstancias comete, sin la menor reserva y con el mas grande abandono, actos desatentos é impúdicos. Se concibe toda la importancia de estos fenómenos bajo el punto de vista médico legal.

Un poco mas tarde se debilitan tambien las facultades intelectuales y los enfermos van de un punto á otro de una manera automática sin objeto y sin direccion; desgarran sus ropas, arrancan sus botones y ponen sus vestidos desordenadamente. Sucios y mal vestidos,

(1) Michéa, *Du délire hypochondriaque chez les déments paralytiques* (*Annales médico-psychologiques*, Enero de 1864).

(2) Calmeil, *Maladies infam. du cerveau*. Paris, t. I, p. 277.



recogen por todas partes trapos, guijarros é inmundicias, con las cuales llenan sus bolsillos y llevan tambien á su boca. No tienen tampoco la nocion del tiempo, del lugar y del espacio, ni comprenden las palabras que se les dirigen y apenas reconocen sus parientes mas cercanos.

Por último, llega un momento en que, mojados constantemente por sus orinas y sus heces ventrales, se ensucian sin cesar y meten sus manos en las inmundicias, con las cuales se cubren todo. Se encuentran casi enteramente aislados del mundo exterior, al cual solo parecen pertenecer por la vida puramente vegetativa. Cuando les quedan todavía algunas fuerzas, se les ve encorvados sobre su asiento, ayudándose de las manos y de los labios para introducir en la cavidad bucal los alimentos que se les caen y con los cuales se embadurnan.

B. *Síntomas accesorios.*—Las *concepciones delirantes de los paráliticos*, por variadas que sean, presentan todas un fondo de demencia.

1.º El *delirio ambicioso* en estos enfermos, difiere totalmente del que se encuentra en los monomaniacos ambiciosos. No hay como en estos últimos una serie de ideas bien coordinadas, dando algunas veces con una claridad persuasiva, pruebas en apoyo de su delirio. Su conducta, su exterior y su tono, no están de ninguna manera en relacion con las ideas delirantes, como en los monomaniacos ambiciosos. Con bastante frecuencia se ve llorar al parálitico general, afirmando que es feliz, que goza de felicidades celestes, etc. Distribuye millones, títulos, imperios con frialdad, por decirlo así, sin emocion y sin que aprecie al parecer lo que dice. Nada de semejante se conoce en los demás enfermos.

En la parálisis general, el delirio ambicioso, ó mejor el delirio de *satisfaccion*, se estiende á todo. Los paráliticos ostentan todas las cualidades *del yo* bajo el punto de vista físico, intelectual y moral. Despues de haber ponderado sus fuerzas y hermosura (véanse estos brazos ¡qué vigor! ¡qué hermosos dientes!), pasan á sus talentos (yo soy poeta, literato, etc.), despues á sus ideas generosas (fundaré hoteles para todo el mundo, teniendo cada uno su mueblaje y sus caballos); llegan en seguida los proyectos de fortuna (el oro, los rubíes, los diamantes; considerándose reyes de la tierra), despues, en fin, todo se embrolla y se confunde. Si en cuanto hablan de su fortuna, de sus títulos y de sus ideas grandiosas, se les interrumpe para preguntarles su oficio, dan con frecuencia una respuesta exacta hecha tranquilamente en el mismo tono (soy zapatero, jornalero, etc.).

2.º El *delirio hipocondriaco* de los paráliticos, cuya importancia toda ha demostrado Baillarger (1), presenta como el delirio ambicio-

(1) Baillarger, *Note sur le délire hypochondriaque considéré comme symptôme et comme signe de la paralysie générale* (Comptes rendus de l'Académie des sciences, séance du 17 Setiembre 1860 t. LI, p. 434).

so, ese sello de demencia sobre el cual no se podría insistir demasiado. Pretenden estar obstruidos, no pudiendo por lo mismo comer, ni orinar, ni defecar; tienen tres cuellos y ninguna cabeza y una abertura en las fauces que deja escapar los alimentos; tienen una lengua de crisócalo, un vientre de violon, etc. Las ideas hipocondriacas cambian, pero las concepciones delirantes conservan siempre el mismo carácter (preocupacion *del yo* con un fondo de demencia).

3.º Entre los trastornos motores accesorios, la *desigualdad pupilar* es uno de los mas importantes en el período prodrómico. Baillarger (1) ha llamado la atencion de una manera especial sobre este síntoma; y en efecto, en muchas circunstancias puede ser de un gran recurso. En los casos, por ejemplo, de estupor melancólico, cuando el enfermo inmóvil se resiste á hablar, la desigualdad de las pupilas bastará para poner en guardia y reservar el diagnóstico.

La desigualdad pupilar, que algunas veces se encuentra tambien en el alcoholismo, depende, ya de la dilatacion, ya del estrechamiento mas considerable de una de las pupilas, conservando la otra su diámetro habitual.

En algunos casos, ambas pupilas están anchamente dilatadas, con ó sin desigualdad y otras veces están contraídas igualmente ó de una manera desigual. En algunas circunstancias, la constriccion puede reducir el orificio pupilar á dos pequeños puntos, cuyo estado se presenta por lo general, cuando los trastornos motores están ya muy avanzados.

Austin (2) quiso dar á los trastornos pupilares mucha mas importancia de la que tienen, y los ha interpretado de una manera exagerada, queriendo establecer una relacion constante entre el estado de las pupilas y la naturaleza del delirio.

4.º Mas adelante se verá que se agregan por momentos á los signos esenciales de la parálisis general otros fenómenos, que el mayor número de veces están bajo la dependencia de un estado congestivo. Entre estos fenómenos, los hay que afectan á la palabra y le dan una *perplegidad* convulsiva particular, la cual es pasajera; se une al embarazo de la palabra (signo esencial) de que hemos hablado y presenta una importancia mucho menor.

5.º La *desviacion de la úvula* indicada por Linas es un síntoma que no parece ser muy frecuente, pero en los casos dudosos podría ser un signo accesorio que debería tenerse en cuenta.

6.º La *convexidad mas marcada del globo ocular* (Moreau), el *descenso de la parte interna de las cejas* (Billot), la *elevacion ó la depression de la parte media de las cejas*, abandonando el arco en este punto (Moreau) y la *prominencia con la convexidad mas marcada del labio superior*, debida al hundimiento de las comisuras, son otros

(1) Baillarger, *Ann. médico-psychol.*, 1859.

(2) Austin, *A practical account on general paralysis*. London, 1859.