

ción en el curso de las formas crónicas. Se elegirá de preferencia una estación de altura sedante. La permanencia en los puertos y litoral está contra-indicada.

El empleo de la *electricidad* ha tenido éxitos muy notables, y cuenta gran número de curaciones. Sucesivamente se han empleado la galvanización y la faradización; ambos métodos parecen ser beneficiosos. Colocado el polo positivo en la nuca, el operador lleva el negativo á los ojos, la región precordial y al cuello; sobre esta última región es donde más conviene obrar; á nivel de ella, la corriente debe ser tan fuerte como pueda soportársela.

*Tratamiento quirúrgico.*—Lutón el primero, y después de él Duguet, Verneuil y muchos otros, han empleado con éxito, contra el bocio exoftálmico, las *inyecciones* de tintura de iodo ó de una solución iodo-iodurada. Las inyecciones deben hacerse con todas las precauciones de una antisepsia rigurosa, y estando seguros de que la cánula no ha penetrado en un vaso; exigen ser repetidas á menudo, y no tienen verdadera eficacia sino cuando el bocio es reciente. Sin embargo, están abandonadas casi del todo, á causa de los accidentes que muchas veces provocan; lo de menos es el dolor y la disnea, pero se han registrado también casos de muerte súbita ó rápida.

Cuando el bocio es antiguo, la mejor manera de intervenir, por lo común, es la tiroidectomía. Desde que Tillaux hizo la primera ablación del cuerpo tiroides, en un caso de bocio exoftálmico, se han multiplicado las operaciones. Rehn, Dubreuilh, Ruprech, Audry, Lemke, Wette, Stierling, Neumann, Determeyer, etc., han publicado resultados muy felices, hasta el punto que hacen sospechar si la tiroidectomía pudiera ser el verdadero tratamiento de la enfermedad de Basedow. Entiéndase bien que, en todo caso, se trata de la tiroidectomía parcial, puesto que la ablación total de la tiroides acarrea casi fatalmente, como es sabido, la caquexia escrofulosa, sobre todo en los jóvenes.

Cuando el bocio es quístico, podemos limitarnos á practicar la *enucleación* según el método de Socin.

A los bocios en que predomina el elemento vascular es aplicable preferentemente un nuevo procedimiento operatorio, recientemente creado por Jaboulay y Poncet (de Lion), la *exotiropexia* que, entre 16 casos, cuenta ya 15 curaciones ó mejorías. Consiste en descubrir el tumor por una incisión media. Puesto el bocio á descubierto, se le desprende en parte de la tráquea con el dedo, y se le lleva entre los labios de la herida, abandonándolo después en esta forma bajo la protección de un apósito antiséptico. Bajo la acción del aire, los vasos no tardan en retraerse, en secarse, por decirlo así; el cuerpo tiroides disminuye rápidamente de volumen, y cuando ha recobrado sus dimensiones normales se cierra la herida. Al mismo tiempo que el bocio, decrecen los demás síntomas, y no tardan en desaparecer.

En fin, ciertos bocios exoftálmicos que coinciden con lesiones de las fosas nasales (hipertrofia de la mucosa, pólipos), con ciertas enfermedades abdominales (enteroptosis, riñón movable), y que probablemente eran manifestaciones reflejas de estas afecciones, han curado con ellas. En la literatura alemana, en especial, se encuentra un número interesante de enfermedades de Basedow curadas por las cauterizaciones de la mucosa nasal.

## PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA

Por GILBERT BALLEET y PAUL BLOCQ

Médico de los Hosp. de París.—Jefe de trabajos anat. en la Salpêtrière.

Trad. de G. SENTIÑÓN

Doctor en Medicina y Cirugía. Barcelona.

SINONIMIA : Aracnitis crónica y meningitis crónica (Bayle). — Parálisis general incompleta (Delaye). — Parálisis general de los alienados ó periencefalomeningitis crónica difusa (Calmeil). — Locura parálitica (Parchappe). — Parálisis general progresiva (Requin, Lunier, Sandras). — Ataxis psicomotriz (Lunier). — Demencia parálitica (Baillarger). — Encefalitis crónica intersticial difusa (Magnan).

DEFINICIÓN. — La parálisis general es una afección del sistema nervioso, y más especialmente del cerebro, que parece desarrollarse bajo la influencia de múltiples *causas*, entre las cuales figura, en primer lugar, la sífilis—y verosímilmente también el alcoholismo—que va acompañada de lesiones constantes, de naturaleza irritativa y localización difusa, que interesan el encéfalo y sus cubiertas, el bulbo y la médula, y que, por último, se revela *clínicamente* por una evolución apirética y por síntomas numerosos y variados, de los cuales son los más frecuentes y característicos: la debilidad progresiva de la inteligencia, desórdenes delirantes de forma expansiva ó depresiva, paresia pupilar, dificultad del habla, desórdenes motores consistentes en temblor, ataxia y, por último, paresia muscular.

HISTORIA. — El descubrimiento de la parálisis general, como enfermedad distinta, con sus lesiones, sus síntomas y su evolución propias, data de 1822. Se debe á Bayle (1), cuyo nombre podría llevar la afección legítimamente.

Antes de esta época, se habían observado paráliticos generales y se conocían algunas de las particularidades que su enfermedad presenta; pero no se había sabido aislar esta entidad morbosa de las otras especies nosográficas entonces admitidas. Sin embargo, ciertas descripciones demuestran que algunos autores llegaron muy cerca del descubrimiento de Bayle. Una de las más notables es la de Haslam (2), farmacéutico del hospicio de Bedlam; data de 1798. « Las afecciones paráliticas, dice, son una causa de locura mucho más frecuente de lo que se cree, y son también un efecto muy común de la manía. Los paráliticos presentan ordinariamente lesiones de la locomoción, independientes de su locura; la palabra es difícil, la boca está desviada, los brazos y las piernas se ven más ó menos privados de movimientos voluntarios, y en la mayoría, la memoria disminuye notablemente. Esta clase de enfermos no tiene, por lo ge-

(1) Bayle, Thèse de Paris, 1822.

(2) Haslam, Observations on madness and melancholie.



neral, conciencia de su situación. Débiles hasta el punto de que apenas pueden mantenerse de pie, se creen extremadamente vigorosos y capaces de los mayores esfuerzos. Por más que tal estado pueda inspirar compasión al observador, es una fortuna para el paciente que su orgullo y sus pretensiones estén en razón inversa de la desgracia que lo postra. Ninguno de estos enfermos ha experimentado alivio en el hospital, ni, según mis investigaciones, en los establecimientos particulares en que luego han ingresado; resulta siempre que han muerto súbitamente de apoplejía, ó que se han sumido en la imbecilidad ó en el marasmo, á consecuencia de ataques repetidos».

Esquirol (1), por su parte, había notado en 1816, que en ciertos alienados se observa parálisis acompañada de trastornos de la palabra y á veces de escaras. Pero, según él, no se trataba, más que de una complicación de la locura, de igual modo que podían serlo el escorbuto y la tisis pulmonar. Georget (2), cuatro años más tarde, describió algo más completamente que Esquirol, los síntomas de la *parálisis muscular crónica*; sin embargo, como Esquirol, no supo reconocer en ella una enfermedad especial, y la consideró como una simple complicación de las formas conocidas de la enajenación mental.

A Bayle es, ya lo hemos dicho, á quien corresponde realmente el mérito de haber aislado la parálisis general del confuso grupo de las vesanias. En su tesis de doctorado, en 1822, demostró que es una entidad perfectamente autónoma, y estableció sus relaciones con la *aracnitis crónica*. Más tarde, en 1826, en su *Tratado de las enfermedades del cerebro*, completó su descripción.

El breve y superficial trabajo de Delaye (3) no añadió nada á las observaciones de Bayle, y el Dr. Calmeil (4) marcó un lamentable retroceso hacia la manera de ver de Esquirol. Pero en sus publicaciones ulteriores (5), este maestro ha hecho olvidar sus errores del principio, por el gran número de documentos preciosos con que ha enriquecido la historia de la parálisis general.

Parchappe (6), y después de él Lasègue (7) y J. Falret (8), apoyaron con su autoridad la manera de ver de Bayle, que desde esta época no se ha discutido, cuando menos en su conjunto. La doctrina llamada *unicista*, según la cual los trastornos cerebrales, así como los trastornos motores, son manifestaciones de una entidad morbosa especial, dominó definitivamente á la teoría *dualista* de Esquirol, que, como hemos visto, consideraba los desórdenes psíquicos que acompañan á «la parálisis» como expresión de la locura vulgar, y los fenómenos motores como una complicación añadida á ésta.

Sin embargo, la tendencia separatista volvió poco después á afirmarse en un terreno distinto. Baillarger (9), aun admitiendo la realidad de la enfermedad de Bayle, que según él constituiría la *demencia paralítica*, se esforzó en demostrar que al lado, y aparte de ella, hay una *locura paralítica*. Vendrían á cons-

- (1) Esquirol, Dict. des sciences médicales, 1814-1816.
- (2) Georget, De la folie, 1820.
- (3) Delaye, Thèse de Paris, 1824.
- (4) Calmeil, De la paralysie considérée chez les aliénés. Paris, 1821.
- (5) Calmeil, art. *Paralysie des aliénés* in Dict. en 30 volumes. Paris, 1841 et *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, 2 vol. Paris, 1859.
- (6) Parchappe, Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies, 1834-38.
- (7) Lasègue, De la Paralysie générale progressive Th. d'agrég., 1853.
- (8) J. Falret, Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales. Th. Paris, 1853.
- (9) Baillarger, Recherches sur les maladies mentales, Paris, 1850.

tituir dos variedades distintas de parálisis general, pudiendo, además, la segunda ir seguida y complicada de la primera.

Si los hechos en que Baillarger fundaba su opinión eran exactos, las conclusiones que de ellos deducía no eran legítimas. En efecto, hoy que se conocen mejor los primeros períodos de la parálisis general, se sabe que no es raro observar accesos de delirio expansivo en una época en que ni la demencia ni la paresia son todavía apreciables, pero se sabe también que esos accesos delirantes no son más que fases de una enfermedad de larga evolución. La locura paralítica puede no complicar nunca la demencia paralítica, pero cuando se manifiesta, en apariencia, aislada de esta última, constituye simplemente uno de sus preludios. El dualismo de Baillarger no está mejor fundado que el de Esquirol.

Como se ve, hasta aquí los trabajos han consistido en asegurar desde el punto de vista *nosográfico*, la legitimidad del tipo de la enfermedad, fundándose en la observación clínica. En un *segundo período*, que pudiera llamarse *anatómico*, se procuró consagrar la nueva entidad, precisando la naturaleza de las lesiones indicadas por Bayle y Calmeil. A este período corresponden, sobre todo, los nombres de Rokitansky (1), Magnan (2), Westphal (3), Mierzejewski (4), Mendel (5), Crichton-Brown (6), Tuczek (7), Zacher (8), para no citar más que los principales. Considerada primeramente como una *aracnitis*, como una meningitis crónica primitiva, de naturaleza inflamatoria, la parálisis general se miró durante algún tiempo como una manifestación secundaria, dependiente de lesiones vasculares, engendradas á su vez por una alteración primitiva de los *ganglios cervicales* del gran simpático (Bonnet y Poincaré) (9).

Más tarde, cuando se descubrieron las lesiones de la *substancia blanca* y de los ganglios del cerebro, se tendió á creer que éstas eran quizá las primitivas, y sólo á la larga y secundariamente arrancaban las alteraciones de la *substancia gris*.

La *corteza* no debía quedar así desposeída de la preponderancia que primero se le había atribuído, y á ella, en último término, se la culpó. La cuestión que todavía se discute, es la de saber si sus alteraciones consisten, como antiguamente afirmó Rokitansky (10), y como parece admitirlo hoy la mayoría de autores, en una *encefalitis intersticial*, ó bien si resultan de una *encefalitis parenquimatosa*. En otros términos, se trata de averiguar si la lesión afecta en primer lugar la *célula cerebral* misma, ó si, al contrario, ésta no degenera sino consecutivamente á las lesiones *vasculares* ó á la *esclerosis neuróglia*. Como ya veremos, esta discusión tiene un alcance doctrinal, mayor todavía que su interés histológico.

- (1) Rokitansky, *Traité* 1856, 3<sup>o</sup> éd., t. II, p. 468.
- (2) Magnan, *Lésions anatomiques de la Paralyse générale*. Th. Paris, 1867.
- (3) Westphal, *Arch. de Psychiatrie*, 1868.
- (4) Mierzejewski, *Lésions cérébrales dans la paralysie générale*. *Arch. de Phys.*, 1875.
- (5) Mendel, *Die Veränderungen der Hirnrinde*, *Neurolog. Centralblatt*, 1882.
- (6) Crichton-Brown, *West riding Asylum Reports*, 1876 et *Brain*, 1883.
- (7) Tuczek, *Beitrag zur pathologischen Anatomie des Dementia paralytica*. Berlin, 1884.
- (8) Zacher, *Beitrag zur patholog. Anat. der prog. Paralyse*. *Arch. für Psych.*, XIII. S. 155.
- (9) Bonnet et Poincaré, *Anatomie pathologique et nature de la Paralyse générale*, *Annales médico-psychologiques*, 1868.
- (10) Rokitansky, *Lehrbuch der Pathologischen Anatom.*, 1850.



En el *período contemporáneo*, aunque la anatomía patológica de la parálisis general ha continuado enriqueciéndose con nuevos datos, han sido las cuestiones referentes á su *etiología*, y sobre todo á su *patogenia*, las que han tenido el privilegio de suscitar investigaciones. A este propósito, bastará que mencionemos, después de los trabajos de Esmark y Jessen, los que se han publicado en los últimos Congresos de medicina mental de Rouen (1890) (1) y de Lion (1891) (2); los de Régis (3), de Bannister (4), para llegar á la obra de Fournier (5), que puede considerarse como el fundador de la doctrina de la naturaleza sífilítica de la parálisis general; á este autor debemos también el haber llamado la atención acerca de las relaciones etiológicas de la parálisis general con la *tabes*. Con este motivo, la unidad de la parálisis general y de la *tabes* ha sido objeto de una discusión en la Sociedad médica de los hospitales en 1893.

**ETIOLOGÍA. — Frecuencia.** — La mayoría de los observadores creen que la parálisis general va siendo cada vez más frecuente en nuestros días. Ya Calmeil decía que los casos de esta enfermedad constituían la proporción de una cuarta á una tercera parte del número total de individuos que ingresaban en los Asilos. Ball ha emitido posteriormente una opinión análoga, y ha evaluado en 1 por 4 ó 5 alienados, la cifra de estos enfermos en la población de las casas de locos.

**Clima.** — Ciertos países, Escocia, Irlanda y Suecia, parecen gozar de relativa inmunidad respecto á la parálisis general; lo mismo ocurre en otras regiones, ya meridionales, como Grecia, España é Italia. En cambio, la Europa Central y Occidental y la América del Norte, tienen el lamentable privilegio de proporcionar el mayor número de casos. Debe indicarse también, que las poblaciones urbanas dan un contingente mucho mayor que las rurales.

**Raza.** — Al contrario de lo que sostenía una opinión antiguamente acreditada, la parálisis general existe en los negros, aunque es más rara en ellos que en las razas blancas (6).

**Edad.** — La parálisis general es sobre todo una afección de la edad *adult*, y se desarrolla entre los treinta y cincuenta años. Christian y Ritti han hallado entre 168 casos: 2 de veinticinco á treinta años; 67 de treinta á cuarenta años; 81 de cuarenta á cincuenta años; y 18 de cincuenta á sesenta años. Antiguamente, se la consideraba excepcional antes de los veinticinco años, y no se conocía ejemplo ni en la *infancia* ni en la *adolescencia*. Después, se han publicado algunas observaciones que demuestran que esta edad no está indemne. Clouston (7), y luego Turnbull (8), Wigglesworth (9), Régis (10), Rey y Manière (11), Vrain (12), Ballet (13), Charcot y Du-

(1) Congrès de Rouen, 1890. Vallon, Dubuisson, Voisin.

(2) Congrès de Lyon, 1891. Ritti, Christian.

(3) Régis, *Archives cliniques de Bordeaux*, Julio 1892.

(4) Bannister, *Journal of mental and Nervous Disease*, Diciembre 1891.

(5) Fournier, *Les affections parasymphilitiques*. Paris, 1894.

(6) H. J. Berkley, *Dementia paralytica in the negro*. The Johns Hopkins Hosp., Octubre 1893.

(7) Clouston, *Journ. of ment. Sc.* 1877 et *The Neur. of Developpment*, 1891.

(8) Turnbull, *Journ. of mental Science*, 1881.

(9) Wigglesworth, *Journal of mental Science*, 1883 y Julio 1893.

(10) Régis, *L'encéphale*, 1883 et 1885.

(11) Rey et Manière, *Ann. médico psych.*, 1883.

(12) Vrain, *Th. Paris*, 1887.

(13) G. Ballet, Cité par Charcot et Dutil. (*Leçon clinique à l'hôpital St-Antoine*).

til (1), han citado casos de este orden, en que la parálisis general ha aparecido de los once á los diecinueve años, casos que han servido para distinguir la forma llamada *parálisis general juvenil*, á la cual ha dedicado recientemente Toulouse (2) una revista general.

**Sexo.** — Los hombres padecen la parálisis general mucho más á menudo que las mujeres. Krafft-Ebing ha encontrado, por término medio, una mujer por cada ocho hombres. Por lo demás, las estadísticas difieren en este concepto, según el medio en que las han observado los autores. Las conclusiones que ha formulado Régis desde este punto de vista, son: 1.<sup>a</sup>, en la población rural, la parálisis general apenas es *una vez y media* más frecuente en el hombre que en la mujer, y es muy rara en los dos sexos; 2.<sup>a</sup>, en la población obrera de las grandes ciudades, es *tres veces* más frecuente en el hombre que en la mujer, y relativamente común en los dos sexos; 3.<sup>a</sup>, en las clases elevadas de la sociedad, es *trece veces* más frecuente en el hombre que en la mujer, y es muy común en el primero, al paso que es muy rara en la segunda.

**Profesiones.** — Se ha emitido la opinión de que esta enfermedad ataca especialmente á los dedicados á ciertas profesiones que se exponen á la acción habitual de una temperatura elevada (cocineros, obreros de las fraguas). Otros observadores dicen que la enfermedad afecta con marcada preferencia á los militares de profesión; los conocimientos actuales permiten preguntar si la mayor proporción de casos que presentan en realidad los soldados, no puede depender de lo frecuente que es en ellos la sífilis. Sea lo que fuere, la parálisis general representaría, en los oficiales, casi las tres cuartas partes de los casos de alienación mental (Colin). Sin negar un valor etiológico relativo á las influencias profesionales, no creemos que se les deba atribuir gran importancia, porque si en lo que concierne á las profesiones liberales, los literatos en particular, han llamado sobre todo la atención ciertos casos de *gran resonancia*, no puede menos de impresionar el gran número de artesanos é iletrados que pueblan los Asilos.

**Herencia.** — La influencia etiológica de la herencia, se admite muy generalmente aun por los partidarios de otro origen; pero se interpreta de muy diversa manera. Para unos, que se adhieren á la opinión profesada por Charcot, la parálisis general pertenece indiscutiblemente á la familia neuropática, y hasta ocupa en ella un lugar preponderante, figurando al mismo tiempo como producto y como factor de herencia nerviosa. Trátese de herencia similar ó de transformación de herencia neuropática ó vesánica, la *tacha nerviosa hereditaria* sería siempre el agente indispensable, esencial, del desarrollo de la enfermedad, respecto al cual las otras diversas causas, y la sífilis en particular, sólo intervendrían como factor accesorio y ocasional. Por lo demás, desde este punto de vista, la afección diferiría de algunas otras enfermedades mentales, en cuya génesis la herencia vesánica constituye la regla. En efecto, lo que más á menudo se encuentra en la familia del paralítico general es, entre las enfermedades nerviosas orgánicas, la *tabes*, y entre las neurosis, la epilepsia; algunas veces, sólo se comprueban defectos mentales en los ascendientes.

Recordemos también, que algunos autores admiten otra herencia que llaman

(1) Charcot et Dutil, *Arch. Neurologie*, 1892.

(2) Toulouse, *Gaz. des hôpitaux*, Agosto 1893.



*congestiva* ó *artrítica*, cuyas relaciones con la herencia nerviosa son indudables. Cualquiera que sea el valor patogénico de la herencia, en la actualidad se tiende más bien á creer que el terreno neuropático, cuando preexiste en el parálisis general, se limita á facilitar la localización sobre el sistema nervioso de la acción nociva de los principios tóxicos ó infectivos de un agente etiológico accidental, la sífilis ó el alcoholismo en particular.

**Sífilis.** — Esta intervención tan notable de la sífilis había sido ya indicada desde 1857 por Esmark y Jessen, que ya en aquella época consideraban á la parálisis general como de origen *siempre* sifilítico. Sin embargo, esta manera de ver halló entonces poco crédito, y sólo después de los trabajos de Fournier, confirmados por la mayoría de los observadores, se ha establecido con autoridad esta doctrina. En su obra sobre *la sífilis cerebral*, este autor había formulado primero, en 1879, las conclusiones siguientes: Pueden observarse dos órdenes de hechos: 1.º, lesiones sifilíticas más ó menos difusas del cerebro, susceptibles de dar origen clínicamente á un complejo sintomático, más ó menos idéntico á la parálisis general; 2.º, la parálisis general *verdadera*, que puede observarse en sifilíticos, pero *independientemente de la acción de la sífilis*. A los hechos del primer grupo, los únicos que en aquella época creía Fournier dependientes de la sífilis, les daba el nombre de *pseudo-parálisis generales sifilíticas*. La creación de este nuevo tipo morboso dió en seguida origen á discusiones é investigaciones, en virtud de las cuales gran número de autores aceptaron la manera de ver de Fournier.

Sin embargo, poco después se sostenía de nuevo el origen sifilítico de la *parálisis general verdadera* en Alemania por Erb, y luego en Francia por Régis, que en 1888 publicaba una estadística, en la cual el 88 por 100 eran sifilíticos. No tardaron en multiplicarse las estadísticas análogas (1), y entonces Fournier, volviendo á tratar la cuestión (1893), se declaró convencido de la realidad de la relación de causa á efecto que une la sífilis á la parálisis general verdadera. Desde ahora, ninguna objeción le parece sostenible; ninguna, según él, puede invalidar la opinión de que la parálisis general *verdadera* debe considerarse, en adelante, como uno de los finales, una de las terminaciones de la sífilis. Sin entrar aquí en la discusión patogénica, que reservamos para un párrafo ulterior, nos bastará deducir de tal acumulación de hechos, que se impone una convicción: la de la frecuencia considerable de los antecedentes sifilíticos en los parálisis generales.

**Fatiga.** — **Excesos.** — Fundándose sobre todo en las estadísticas, que demuestran que el 16 por 100 próximamente de los enfermos se hallaban entregados á los trabajos intelectuales, se ha acusado á la fatiga cerebral. Las emociones deprimentes, los pesares, las penas morales, las pérdidas pecuniarias, parece que también desempeñan cierto papel, cuando menos en los predispuestos. Lo mismo podía decirse de los abusos del coito, á los cuales se había atribuido una importancia que parece tanto más exagerada, cuanto que es muy

(1) Goldsmith, 33 p. 100.—Ascher, 34'7.—Ziehen, 33 á 43.—Cullerre, 42.—Jacobsen 43.—Binswanger, 49.—Burkardt, 50.—Goldstein, 50.—Erb, 52.—Fischer, 60.—Mierzewski, 49.—Olbecke, 62.—Thomsen, 62.—Bonnet, 66.—Cuyllits, 72.—Reinhardt, 93.—Snell, 75.—Mendel, 75.—Jespersen, 77.—Rohmel, 77.—Rumpf, 80.—Mac-Dowal, 80.—Régis, 80.—Anglade, 80. (Véase M. Fournier; Les accidents parasiphilitiques).

posible que tales excesos figuren entre los efectos más bien que entre las causas de la enfermedad.

**Intoxicaciones.** — **Infecciones.** — Han sido acusados muy á menudo el saturnismo, y sobre todo el alcoholismo. Por lo que al alcoholismo se refiere, se ha notado que en París, en particular, aumentan paralelamente el número de casos de parálisis general y el de casos de delirio alcohólico. Sin embargo, gran número de parálisis generales son sobrios, y han guardado siempre una vida regular: además, se ha notado la rareza de la parálisis general en los países en que el alcoholismo está más desarrollado, como Irlanda y Suecia.

Se ha hablado de la influencia de algunas enfermedades infectivas, tales como la gripe, la fiebre tifoidea, la pneumonía, la difteria, la viruela y sobre todo la erisipela facial, sin que hasta ahora la acción de estas causas parezca demostrada de una manera indiscutible.

**Insolación.** — **Traumatismo.** — La influencia de la insolación fue sostenida por la mayoría de los autores antiguos, y como ya hemos visto, se la ha agregado á la de los oficios que exponen á un calor excesivo (obreros de las fraguas, vidrieros). En razón de una supuesta congestión cerebral, se ha creído también que la menopausia, la supresión de hemorroides antiguas, eran capaces de provocar, por el mecanismo de las congestiones suplementarias, la parálisis general. Según diversos autores, Vallon en particular, ciertos casos hablan en pró de la influencia de los *traumatismos craneales*.

**ANATOMÍA PATOLÓGICA.** — No hay ninguno de los diversos territorios del sistema nervioso central y periférico que no pueda presentar lesiones en la parálisis general, y á veces se observan alteraciones, no sólo en las *meninges* y en el *cerebro*, sino también en el *cerebelo*, en el *bulbo*, en la *médula espinal* y aun en los *nervios periféricos*; pero sólo las lesiones cerebrales son *constantes*, y las del eje espinal y las de los nervios faltan en gran número de casos. Los diversos aparatos de la vida orgánica, el *corazón*, el *hígado*, los *pulmones*, etc., pueden también alterarse secundariamente en el curso de la afección.

Comunmente, las lesiones del *sistema nervioso* son apreciables á simple vista, cuando menos en las meninges y en la corteza cerebral. Con mucha frecuencia, al abrir el *cráneo*, se notan modificaciones en los mismos huesos, que consisten unas veces en engrosamientos (1) y en hiperostosis, otras en adelgazamientos; pero la variedad de estas alteraciones, da poco derecho á considerarlas como características.

No sucede lo mismo con las lesiones de las *meninges*, que son sumamente importantes. El aspecto de la *dura-madre* varía según se trate de un caso relativamente agudo y reciente, ó de un caso antiguo. Cuando la muerte ha sobrevenido en las primeras fases de la enfermedad, se observa la distensión y la repleción congestiva, con tinte rojizo de la membrana; si, por el contrario, la terminación fatal ha tenido origen en el período terminal y el marasmo, la *dura-madre* está más bien arrugada, adelgazada y pálida. En los casos ordinarios, se notan adherencias con el *cráneo*, sobre todo á lo largo de la sutura longitudinal, engrosamiento, y, por último, desórdenes vasculares que varían desde la simple congestión á la paquimeningitis hemorrágica y el hematoma

(1) Kracepin ha considerado este engrosamiento como una hipertrofia compensadora de la atrofia del cerebro, opinión que parece poco aceptable.