

damiento, los concienzudos trabajos de Peterson y Lagdon (1), vienen á sacar esta misma conclusión. Entre 25 paralíticos generales, cuya temperatura se ha tomado regularmente doce veces por veinticuatro horas durante seis á siete días, y comparando la de cada axila, *nunca* se han hallado modificaciones en más ni en menos; las investigaciones emprendidas por uno de nosotros sobre este asunto, han dado también resultados negativos.

Complicaciones.—Ya hemos indicado, al describir el período prodrómico, los *accesos de epilepsia* sensitiva y motriz, los ataques de jaqueca oftálmica y los *ictus apoplectiformes* que pueden intervenir al principio de este período. Todos estos accidentes son susceptibles de reaparecer más tarde, en el curso de la enfermedad. Los ataques *apoplectiformes*, desde el simple vértigo á la completa pérdida del conocimiento, son en particular frecuentes, y no es raro que sean responsables, como también los accesos epilépticos, de la terminación fatal. De ordinario, los ataques van seguidos de una elevación térmica (39 á 40°).

Una complicación relativamente común, y que si no le pertenece exclusivamente, aparece muy á menudo en el curso de la parálisis general, es el *hematoma* de la oreja. Se trata de un tumor sanguíneo cuya dimensión varía entre la de un garbanzo y la de un huevo de paloma, que aparece en el pabellón, bien en un lado, bien en los dos. La piel está rojo-oscuro y adelgazada, la consistencia del tumor es renitente, á veces fluctuante en el centro. La punción da salida á sangre pura ó á serosidad coloreada por hematíes. Abandonado á sí mismo, el tumor puede absorberse, y dejar como vestigios de su existencia abultamientos cicatriciales desiguales é indelebles. El origen de esta afección es discutido (Vallon) (2). ¿Depende de un trastorno de la misma sangre ó de su nutrición general? (Foville, Marcé, Dumesnil). ¿Es efecto de una lesión nerviosa de los cuerpos rectiformes (Brown-Séguard) ó del gran simpático? (Bonnet y Poincaré). ¿Tiene por substratum una lesión local (ateroma, otitis, condritis)? ¿Es consecutiva siempre á un traumatismo de la oreja? (Jarjavay, Magnan). Todas estas opiniones han sido sostenidas.

Asociaciones.—Se ha indicado la asociación de la parálisis general con otras diversas enfermedades nerviosas, y en particular con el *histerismo*, el *bocio exoftálmico*, la *esclerosis en placas* (3), la *esclerosis lateral amiotrófica* (Zacher). El interés de estas combinaciones reside, sobre todo, en las dificultades clínicas y diagnósticas que suscitan.

Pero la parálisis general se asocia de una manera particular á la *tabes dorsalis*, y estos casos han suscitado la cuestión de saber si sólo se trata de la *asociación* de dos enfermedades distintas en el mismo sujeto, ó de la *evolución de una sola y misma enfermedad*, generalizada á todo el sistema nervioso central. Discutiremos la cuestión más adelante, al tratar de la patogenia de la parálisis general. Sólo diremos ahora que la coexistencia de la *tabes verdadera* con la parálisis general, es relativamente rara. No existen hasta ahora en la ciencia, según la estadística de Stojanovitch (4), más que 108 observaciones de *tabes*

(1) F. Peterson et Langdon, *The Journal of nervous and mental diseases*, n.º 11, p. 750, Noviembre, 1893.

(2) Vallon, Note sur l'étiologie et le siège de l'othématome. *L'Encéphale*, n.º 2, 1881.

(3) Charcot, Sclérose en plaques et paralysie générale. *Sem. méd.*, 27 Enero, 1892.

(4) Stojanovitch, Rapports du tabes dorsalis et de la paralysie générale. *Th. de Paris*, n.º 240, 1893.

con parálisis general. Estos casos complejos pueden afectar las siguientes modalidades: unas veces son *tabéticos* que se vuelven paralíticos generales; otras la *tabes* y la parálisis general comienzan al mismo tiempo en un sujeto; por último, puede suceder que los primeros en aparecer sean los fenómenos de la *meningo-encefalitis*; en ciertos casos no es posible establecer el orden exacto de filiación de las dos afecciones.

CURSO.—FORMAS.—Algunas veces la parálisis general sigue un curso *rápido*, y en pocas semanas ó pocos meses termina por la muerte; ésta sobreviene, ora en medio de fenómenos intensivos de excitación maniaca, ora en el estupor. Estas formas *agudas* son raras, y más á menudo la afección sigue un curso lento y progresivo, en el cual hay que considerar los períodos siguientes: 1.º, prodromos; 2.º, principio; 3.º, estado; 4.º, terminación.

Ya hemos estudiado el período *prodrómico*. El modo de comenzar es sumamente variable, y, con J. Falret, se pueden reconocer en este período las siguientes variedades: a) *congestivo*; b) *paralítico*; c) *melancólico*; d) *expansivo*; y nosotros añadiremos; e) *espinal*.

Luego sobreviene el período de *estado*, que sólo acentúa los fenómenos del comienzo, de tal suerte, que en él se pueden reconocer formas análogas. En la forma *congestiva*, los accidentes de congestión cerebral, ictus apopléticos, accesos epilépticos, parálisis transitorias, ocupan el primer lugar. En la forma *paralítica* faltan las ideas delirantes ó están muy atenuadas, predominando la debilidad intelectual, la demencia. Por el contrario, las concepciones delirantes caracterizan las formas *expansiva* y *melancólica*. En cuanto á la forma *espinal*, comprende los casos en que en el cuadro clínico dominan los síntomas dependientes de la *esclerosis posterior*, dolores de carácter fulgurante, incoordinación motora.

La parálisis general merece también, desde el punto de vista de la diversidad de caracteres, distinguirse la *edad* y el *sexo*, y se ha descrito una parálisis general *juvenil* y una parálisis general en la *mujer*.

La descripción de la parálisis general juvenil, se funda actualmente en 16 observaciones; esta variedad de la afección se distingue, sobre todo, por el predominio de los signos somáticos, y en particular por una *suspensión del desarrollo de los órganos y de la función sexual*, y por la debilitación intelectual simple, sin concepciones delirantes.

La parálisis general en la mujer reviste, sobre todo, la forma demente (1). Los síntomas físicos no difieren de los que se observan en el hombre. Pero las concepciones delirantes son más raras; cuando existen y revisten la forma *expansiva*, son menos excesivas; á veces están en relación con la esfera genital, aun cuando la vida sexual haya terminado.

DURACIÓN.—La opinión de los autores es sumamente variable en cuanto á la duración de la parálisis general. Bayle la ha fijado en un año ó año y medio, Calmeil y Parchappe en un año y algunos meses, Krafft-Ebing en tres años, Crichton-Brown en cuatro, Mendel en dos á cuatro, Christian y Ritti en tres á cinco. Es tanto más difícil de apreciar, cuanto que á veces la marcha de la enfermedad se interrumpe por *suspensiones* ó *remisiones*. Por nues-

(1) Régis, La paralysie générale chez la femme. Paris, 1882.

tra parte, estamos convencidos de que esta duración puede ser mucho más larga de lo que han pretendido la mayoría de los autores, y llegar á diez ó doce años.

REMISIONES. — TERMINACIÓN. — A veces se nota tan sólo la desaparición de uno de los síntomas, excitación ó delirio, mientras los otros, demencia, temblor, van, por el contrario, acentuándose : esto son *falsas remisiones*.

Otras veces se observa una atenuación temporal de la mayor parte de los síntomas : son *remisiones incompletas*. Pueden ser cortos, ó persistir por mucho tiempo, dos, cuatro, doce años; entonces se trata de parálisis generales verdaderas que retrogradan primero, para detenerse después, cuando menos temporalmente, en su evolución.

Por último, existen *remisiones completas*. Se han visto remisiones temporales. Pero ¿las hay definitivas? En otros términos : ¿la parálisis general es susceptible de curación? Así lo creen diversos autores (Ferrus, Billod, Bonnefous, Boillaud, Trélat, Faber, Laffitte, Baillarger, Morel, Foville, Delasiauve, Bayle, Lunier); en algunos casos sobrevino la curación después de grandes supuraciones. Sin embargo, se ha objetado que las pretendidas curaciones podrían muy bien ser casos de *pseudo-parálisis generales*. Más adelante veremos lo que se ha designado con este nombre. Como quiera que sea, debe recordarse que un enfermo que presenta los signos de la parálisis general, puede curar.

Pero desgraciadamente, dista mucho de ser ésta una terminación común. *Casi fatalmente sobreviene la muerte*, bien en la caquexia y el marasmo que acompañan á la demencia, bien á consecuencia de diversos accidentes. Entre éstos debe citarse la *muerte súbita* (Vallon); las *escaras* y las infecciones secundarias que acarrear, son complicaciones bastante frecuentes; también sucede que los enfermos sucumban á consecuencia de un *acceso de apoplejía ó de accesos en series de epilepsia*. Se conocen casos de *asfixia por el bolo alimenticio*. Por último, á menudo ponen un término precoz á la evolución morbosa, las complicaciones pulmonares, tales como la *pneumonía*, la *bronco-pneumonía*, la *gangrena pulmonar*.

PRONÓSTICO. — No es necesario insistir en la gravedad del pronóstico. La repetición de los accidentes congestivos, la precocidad, la intensidad y la persistencia de la debilidad intelectual, están en relación con una marcha rápida, y son, por lo tanto, signos desfavorables. Sólo la esperanza de las remisiones, atenúa, hasta cierto punto, la desesperante fatalidad del mal. Desde otro punto de vista, debe recordarse que á menudo un alivio marcado de los signos tabéticos coincide con el comienzo de la parálisis general, y temer la aparición de esta enfermedad en un supuesto atáxico que mejore rápidamente.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico presenta grandes dificultades, sobre todo al principio, durante el período prodrómico. Estas dificultades pueden persistir durante el período de estado; pero cuando la enfermedad está constituida, sólo se corre el riesgo de confundirla con las *pseudo-parálisis generales*.

El período *prodrómico* reviste á veces, como hemos dicho, la forma *neurasténica*, y en estos casos se vacilará muy á menudo entre la *neurastenia* simple y la parálisis general. Los elementos de este diagnóstico han sido formulados

con mucha claridad por Fournier (1) al estudiar la neurastenia sifilítica, forma que, se comprende por qué expondrá más que cualquier otra á la confusión. Sucede que, en la neurastenia, la cefalea va acompañada de dificultades del trabajo intelectual, de debilidad de la memoria, de disminución de la atención, al mismo tiempo que el enfermo sufre preocupaciones hipocondríacas. Sin embargo, la neurastenia tiene una multitud de signos extraños á la parálisis general; además, los síntomas que aqueja el enfermo, sólo en apariencia son semejantes á los de la encefalitis, la pérdida de memoria no es fundamental, las preocupaciones hipocondríacas no son tan absurdas como las del paralítico, y por último, y sobre todo, no se descubren en el neurasténico ninguno de los síntomas esenciales de la parálisis general, ni trastornos pupilares, ni torpeza de la palabra, ni alteraciones de los reflejos tendinosos, ni concepciones delirantes.

El diagnóstico es especialmente difícil cuando se trata de una encefalitis intersticial, cuyo período prodrómico reviste la forma neurasténica descrita por uno de nosotros (2). Ya hemos indicado anteriormente los signos que, en nuestro concepto, permiten distinguir esta neurastenia preparalítica de la neurastenia verdadera, y no los repetiremos.

Los accidentes llamados congestivos, la jaqueca oftálmica, la epilepsia sensitiva parcial, los accesos epileptiformes y los ictus apoplectiformes, cuando aparecen aislados, exponen al error con la *sifilis cerebral*, los *tumores* del cerebro y el *reblandecimiento cerebral*. En muchos de estos casos, sólo la marcha ulterior de la enfermedad, descubriendo nuevos síntomas, permitirá establecer el diagnóstico, que hasta entonces debe quedar en suspenso. Por esto, en todos los casos de este género, el médico obrará prudentemente reservando su pronóstico, porque la aparición repetida varias veces de estos síndromes, ordinariamente transitorios, constituye en algunas ocasiones, durante uno ó dos años, el único signo apreciable de la meningo-encefalitis.

El temblor de las parálisis generales en ocasiones simulado por el temblor histérico, particularmente en los histéricos varones, deprimidos, tristes, preocupados, en los cuales la impotencia provocada por el trastorno motor, puede ser bastante para dificultar los movimientos y determinar á veces trastornos de la palabra. Sin embargo, en el histérico el temblor aparece en general bruscamente, sea á consecuencia de una conmoción física ó moral, sea después un ataque convulsivo; varía bajo la influencia de diversos agentes; por último, coincide con estigmas sensitivo-sensoriales ó con otras manifestaciones del histerismo.

El temblor de la *esclerosis en placas* podría dar también origen á confusión, tanto más fácil, cuanto que la esclerosis en placas va acompañada como la parálisis general, de dificultad de la palabra. Pero el temblor de las esclerosis en placas, que desaparece completamente durante el reposo, se exagera considerablemente en los movimientos voluntarios; tiene menos amplitud é intensidad que en la meningo-encefalitis. La dificultad de la palabra en la esclerosis multilocular se manifiesta sólo por la lentitud y la escansión sin repetición de las sílabas, sin tropiezos, sin tartaleos. Por último, el nistagmus es frecuente

(1) Fournier, La neurasthénie syphilitique. *Bull. médical.*, 11 Octubre, 1893.

(2) G. Ballet, *Sem. méd.*, p. 529, 1893.

en la esclerosis y raro en la parálisis general, al contrario de la parálisis pupilar, rara en aquella y común en ésta.

El aire aturdido de los sujetos que padecen de *enfermedad de Parkinson*, los trastornos mentales que á veces presentan, su temblor, no inducirán á error por mucho tiempo. En efecto, sólo en casos excepcionales presentan concepciones delirantes, y su temblor más bien disminuye por los movimientos voluntarios, al contrario del de la parálisis general. Además, no hay trastornos pupilares ni dificultad de la palabra.

Los diversos *temblores tóxicos* se prestan poco á confusión, no sólo en razón de los conmemorativos, sino también por los caracteres propios á las intoxicaciones de que son manifestación. A mayor abundamiento, debemos añadir que la mayor parte de estos temblores se considera hoy como de naturaleza histérica, y que, por lo tanto, la comprobación de los estigmas de la neurosis contribuirá también á hacerlos reconocer.

En el período prodrómico de la parálisis general, pueden observarse síntomas más ó menos semejantes á los de la *tabes* en su comienzo: dolores de los miembros, incertidumbre en los movimientos, parálisis oculares. Además, cuando existe la pérdida de los reflejos rotulianos y el signo de Argyll-Robertson, la semejanza llega casi á la identidad. Y de hecho, en ciertos de estos casos no habrá lugar á establecer diferenciación, porque se tratará de una asociación de la *tabes* y de la parálisis general.

La parálisis general en su principio, deberá ser distinguida de las diversas *afecciones mentales*, con las cuales la asemejan las diferentes formas que puede revestir. En su forma expansiva podría tomársela por la excitación *maniaca* en los degenerados ó los circulares: en estos últimos casos, el delirio es menos incoherente; las ideas cuando son ambiciosas, no son tan absurdas como las que caracteriza la parálisis general. Además, la excitación maniaca ha comenzado bruscamente, y puede haber ido precedida anteriormente por otros accesos semejantes. Por último, la comprobación de uno ú otro de los signos somáticos de la parálisis general, disiparía todas las dudas.

La variedad melancólica de la parálisis general, se asemeja, hasta cierto punto, á la *melancolía simple* con depresión ó estupor, sobre todo si existe mutismo. En tal caso, el diagnóstico se fundará en el estudio de los antecedentes, en los trastornos pupilares y en los de la motilidad. A veces se podrán sorprender concepciones delirantes, cuyos caracteres especiales bastarán para esclarecer la situación; en otros casos, lo único que pondrá en camino será la dificultad de la palabra cuando haya terminado el mutismo.

El error será igualmente fácil con la *locura circular*, cuando menos en su período de excitación. No obstante, el delirio del circular, aunque incoherente, no descansa sobre un fondo de demencia, como el del paralítico. Se ha dicho también (Régis) (1) que el paralítico sería más bien benévolo, y el alienado de doble forma más bien perverso; pero el valor de este elemento de diagnóstico es discutible. Así es que, en ciertos casos, apenas se podrá formar opinión más que por la evolución de la enfermedad.

El *delirio alcohólico* agudo que va acompañado de agitación y de trastornos

(1) Régis, Diagnostic différentiel de la folie à double forme et de la paralysie générale, L'Encéphalo, 1881.

de la motilidad, se presta también á confusión. Sin embargo, se caracteriza sobre todo por las alucinaciones visuales, fenómeno raro, como hemos visto en la parálisis general. Además, después de algunos días de abstinencia, tardan en atenuarse todos los síntomas. Lo que no es excepcional es que por efecto de los excesos alcohólicos á que á veces se ve llevado el paralítico general, presente un verdadero delirio tóxico. Pero entonces, después de desaparecer el delirio alcohólico, persistirán los síntomas de la afección paralítica y aclararán la verdadera naturaleza del delirio.

Sucede en casos relativamente raros, que el delirio reviste en algunos paralíticos la forma *sistematizada*, sobre todo la del *delirio de persecución*, y entonces no puede evitarse la confusión más que atendiendo á la incoherencia ó á los trastornos somáticos.

La *demencia vesánica* simple, como la demencia senil, se separan sobre todo de la demencia paralítica, porque la primera sólo se desarrolla consecutivamente á una enfermedad mental ya antigua, y la segunda se establece en una edad avanzada y en sujetos que presentan de ordinario los diversos signos de la arterio-esclerosis. Además, ni en una ni en otra se encuentra ninguno de los síntomas somáticos de la parálisis general.

Pseudo-parálisis generales.— Con el nombre de pseudo-parálisis generales se han descrito afecciones cerebrales que, reconociendo varios orígenes diferentes, pueden, por la agrupación de los síntomas á que dan origen, *simular* tan perfectamente la parálisis general, que sólo se distinguirán de ella por su curabilidad. Tales son: la *pseudo-parálisis general sífilítica*, la *alcohólica*, la *saturnina*, la *artrítica* y la *neurítica*.

En todos estos casos, se trata de lesiones de naturaleza diferente que, por algunas de las localizaciones difusas sobre las meninges y sobre el cerebro, son capaces de revestir, hasta cierto punto, el aspecto sintomático de la parálisis general. Pero, en realidad, estas diversas variedades no representan en modo alguno—y esto es lo que han podido demostrar las investigaciones recientes—entidades morbosas en el verdadero sentido de la palabra. Las pseudo-parálisis no son más que casos complejos de saturnismo, de sífilis ó de alcoholismo.

Como dice Vallon, la idea, muy arraigada en los autores, de la incurabilidad de la parálisis general, es la que los ha conducido á suponer, cuando se hallaban en presencia de un paralítico curado, no que habían cometido un error de diagnóstico, que generalmente era la verdad, sino que debía existir una falsa parálisis general que diferiría de la verdadera por su curabilidad. Ahora bien; por una parte, esta misma curabilidad no constituye un carácter absolutamente distinto, por lo que, por otra parte, se refiere á los otros diversos signos especiales de las pretendidas pseudo-parálisis generales, son del todo insuficientes para legitimar la constitución de un tipo nosológico especial autónomo. Por lo tanto, desde el punto de vista *doctrinal*, no podemos más que asociarnos á las conclusiones en que Vallon (1) cree que sería justo abandonar el nombre de *pseudo-parálisis general*—que no responde, en suma, á una forma morboza suficientemente diferenciada—, y repartir sus casos entre los diversos estados tóxicos ó de otro género, á los cuales realmente pertenecen.

(1) Vallon, Pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique. Paris. 1894.

Sin embargo, desde el punto de vista *clínico y diagnóstico*, no podemos suscribir á esta conclusión, porque existen en clínica casos, cuyos aspectos *simulan* con tal precisión aparente el conjunto sintomático característico de la parálisis general, que realmente á veces el diagnóstico no es posible durante algún tiempo. Así, pues, manteniendo nuestras restricciones precedentes, conservaremos esta denominación de pseudo-parálisis general, porque nos parece útil *prácticamente* para designar, si no entidades nosológicas verdaderas, cuando menos expresiones sintomáticas capaces de imitar la *parálisis general verdadera*.

La *pseudo-parálisis general sífilítica* sería sobre todo efecto de sífnisis meníngeas y de esclerosis encefálicas múltiples, más ó menos localizadas, secundarias á su vez á lesiones específicas: Marie (1) la ha estudiado recientemente como representación de una de las formas de alienación mental sífilítica, que denomina *parálisis generalizada sífilítica*. En la pseudo-parálisis general *sífilítica*, es común observar síntomas que rara vez se encuentran en la parálisis general, tales como la ptosis, el estrabismo, parálisis localizadas, vómitos, cefalea, atrofia muscular. Por otra parte, en la pseudo-parálisis se afecta más á menudo la sensibilidad; además, en ella el delirio de las grandezas, cuando existe, es ligero; las perversiones sensoriales más acentuadas. Por último, la pseudo-parálisis revestiría á menudo la forma *circular* (2). La marcha y la evolución de la pseudo-parálisis diferirían también de la verdadera; la afección conduciría rápidamente á la demencia, pero ulteriormente habría frecuentes remisiones, haciendo muy irregular el curso de la enfermedad. La marcha sería también, según Régis, más bien regresiva en la pseudo-parálisis general, y progresiva en la parálisis general verdadera. Actualmente este diagnóstico es tanto más difícil, cuanto que no sólo se cree que la sífilis es capaz de producir la parálisis general verdadera, sino que en realidad la preponderancia etiológica de esta infección es indudable.

En la *pseudo-parálisis general alcohólica*, ya sirve de guía la noción de los antecedentes y de los accidentes tóxicos que anteriormente hayan ocurrido, porque la localización encefálica, generalmente no sobreviene sino después de una larga intoxicación. A veces serán accidentes tóxicos agudos los que habrán marcado el comienzo de la escena morbosa.

En el pseudo-paralítico alcohólico, la demencia, que en el verdadero no interviene hasta el cabo de cierto tiempo, se manifiesta, por decirlo así, de pronto, sin haber pasado por etapas progresivas. Por eso las ideas delirantes están más veladas, y en todo caso menos coordinadas; más bien se observa el delirio depresivo. Además, en los alcohólicos son casi constantes las alucinaciones visuales, que presentan caracteres especiales por su objeto (visiones terroríficas, visiones de animales). Por último, debe notarse que, generalmente, se comprueban en el alcohólico trastornos de la sensibilidad (dolores, calambres) y trastornos motores (parálisis) que no se conocen en la parálisis general.

La *pseudo-parálisis general saturnina*, va también precedida por la serie de accidentes del saturnismo: cólico de plomo, parálisis y también se podrán notar en el mismo enfermo, la franja gingival y el tinte térreo de los tegumen-

(1) Mairet, Aliénation mentale syphilitique, Paris, 1893.

(2) Ballet, Syphilis cérébrale et folie syphilitique. *Annales de médecine*, n.º 12, p. 91, 21 Marzo, 1894.

tos. Se conserva durante largo tiempo cierto nivel intelectual; los trastornos sensitivos y motores son habituales. Por último, la afección dura mucho más tiempo que la parálisis general, y median remisiones que la interrumpen. Hasta puede haber verdaderas curaciones, así como recaídas bajo la influencia de una nueva intoxicación.

Klippel (1) ha reconocido que las neuritis se asocian á veces á trastornos mentales, capaces de confundirse con la parálisis general, y ha propuesto para designar estos casos el nombre de *pseudo-parálisis general neurítica*. Este autor se inclina á incluir en ella los de pseudo-parálisis de que acabamos de hablar. En estos casos, sólo podría despertar la atención el conocimiento de los conmemorativos, para permitir ulteriormente, en vista de una evolución que no es ni progresiva ni rápida, formular el diagnóstico.

Por otra parte, según Klippel, las lesiones ateromatosas de los vasos del cerebro se combinan á veces de tal suerte, que las manifestaciones clínicas á que dan origen las alteraciones cerebrales consecutivas, semejaría una sintomatología análoga á la de la parálisis general, es la *pseudo-parálisis general artrítica*. En los casos de este género, sólo la edad avanzada del enfermo podría hacer evitar el error de diagnóstico.

PATOGENIA. — **Naturaleza.** — Hasta estos últimos años, se atribuía el origen de la parálisis general á un gran número de causas diversas, que obran ya aislada, ya juntamente: herencia, alcoholismo, fatiga, excesos sexuales, traumatismos de la cabeza, tales eran los agentes principalmente acusados, pero de los cuales ninguno, en definitiva, parecía gozar de un poder realmente especial y de una eficacia demostrada. Más recientemente, el problema ha parecido casi resuelto, habiendo demostrado, como se ha visto, la concordancia de la mayoría de investigaciones estadísticas emprendidas acerca de la etiología de esta afección, la indudable frecuencia preponderante de la sífilis en los antecedentes de los enfermos; algunos autores invocaron esta razón entre otras, para afirmar que la parálisis general era, *en todos los casos*, una enfermedad *sífilítica*.

No obstante, la interpretación del papel de la sífilis respecto de la naturaleza de la parálisis general es muy discutida, y todavía actualmente quedan frente á frente dos opiniones contrarias: 1.ª La parálisis general verdadera es de *naturaleza sífilítica*. 2.ª La parálisis general verdadera, *no es de naturaleza sífilítica*, es expresión de un estigma neuropático hereditario preexistente, y toda la potencia de la sífilis no hace más que revelar este estigma.

1.º El profesor Fournier (2), que es el defensor de la primera de estas doctrinas, ha hecho valer en su apoyo argumentos que podrían resumirse de la manera siguiente: en primer lugar, las estadísticas demuestran que la parálisis general, reconoce á la sífilis como uno de sus factores etiológicos, y además como un factor etiológico poderoso (60 á 80 por 100 de los casos). La parálisis general es rara en la mujer, y cuando se observa en ella, lo más á menudo es en sífilíticas. La parálisis general y la sífilis son paralelamente raras en ciertos medios particulares. Según las estadísticas de varios autores,

(1) Klippel, Des pseudo-paralysies générales névritiques. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Febrero, 1893.

(2) Fournier, Syphilis et paralysie générale. n.º 33, p. 383, 26 Abril, 1893.