

la sífilis ocupa el primer lugar entre los factores etiológicos atribuidos á la parálisis general (herencia, excesos, fatiga, alcoholismo). La sífilis es comparativamente mucho más común en los antecedentes de los parálisis generales que en los de todos los otros vesánicos. La parálisis general en los casos excepcionales en que aparece en adolescentes (forma juvenil), afecta en una proporción considerable á sujetos heredo-sifilíticos. La asociación frecuente de la parálisis general con la tabes, que también tiene su origen nueve veces de diez en la sífilis, constituye una coincidencia igualmente significativa.

A estas razones se ha objetado diciendo, que, en primer lugar, la parálisis general no debe ser sifilítica puesto que el tratamiento antisifilítico no obra sobre ella; que las lesiones de la parálisis general no son, en cuanto á su naturaleza histológica, lesiones de orden sifilítico; que los síntomas no tienen ninguno de los caracteres de las afecciones sifilíticas; en fin, que la parálisis general resulta casi siempre de factores complejos y que no se está autorizado á conceder la preponderancia á la sífilis, que la inconstancia de la intervención de la sífilis, la demuestran los casos en que parálisis generales han podido contraer la sífilis en el curso de su enfermedad.

A estas razones, ha podido responder Fournier: que el tratamiento antisifilítico puede muy bien no curar la parálisis general aunque sea de origen sifilítico, porque es sabido que no está en su poder el curar todo lo que deriva de la sífilis; que desde el punto de vista anatomo-patológico, no es posible, sin presunción, circunscribir desde ahora el cuadro de las lesiones de la sífilis á sólo aquellos que hasta aquí se han considerado como específicas; que las estadísticas bastan para demostrar, y que la heredo-sífilis de las parálisis juveniles confirma la preponderancia patógena de la sífilis.

Respecto á la interpretación del *mecanismo*, mediante el cual, admitida esta primera hipótesis, la sífilis engendraría la parálisis general, se han emitido diversas suposiciones. Unos creen que son las lesiones vulgares de la sífilis cerebral, cuya preexistencia se ha podido comprobar en algunos casos, las que acarrearían como consecuencia una decadencia por defecto de nutrición suficiente, y una especie de degeneración del sistema nervioso, cuya expresión secundaria sería la parálisis general.

Para Fournier, la parálisis general *emana directamente* de la sífilis. A lo sumo, hace la reserva de que sólo pertenece á esta categoría particular de accidentes sifilíticos que ha reunido con el nombre de *afecciones parasifilíticas*. Este grupo, por lo demás, no merece ser distinguido de los otros efectos de la sífilis, más que por su común incurabilidad bajo la influencia del tratamiento específico. Pero, el valor de este solo carácter no basta para impedir relacionar el grupo parasifilítico á la sífilis como causa primera; de modo que este grupo y la parálisis general que le pertenece en particular, constituye una parte importante de la entidad sífilis (1).

Según la teoría de Strümpell, la parálisis general, como la tabes, proveniría de una *intoxicación* debida, si no al microbio supuesto de la sífilis, cuando menos á las toxinas que aquél segrega. Este organismo, después de haberse manifestado dando origen á los signos ordinarios de la sífilis, que exigen la me-

(1) Fournier, *Affections parasiphilitiques*, Paris, 1894.

dicación específica, segregaría en segundo lugar una toxina, cuya acción sería capaz de determinar ulteriormente diversos accidentes, entre los cuales figuraría en particular la parálisis general, accidentes refractarios al tratamiento, en razón de su origen tóxico y no bacilar.

La cuestión de las *relaciones de la parálisis general y de la tabes*, está íntimamente unida á la precedente, por la supuesta etiología sifilítica común á las dos afecciones, que sirve de principal argumento á los autores que abogan por la doctrina unitaria de la parálisis general y de la tabes.

La coexistencia de las dos enfermedades había sido ya indicada desde 1833 por Horn (1), y se habían referido diversos ejemplos por Turck (2) y por otros observadores, cuando se llamó especialmente la atención sobre este punto por Westphal (3) en Alemania y por Baillarger (4) en Francia. El año pasado, esta cuestión fue objeto de una discusión en la Sociedad Médica de los Hospitales (Raymond, Joffroy, Ballet, Rendu) (5). Los argumentos que en esta controversia se cambiaron entre las partes adversas, han sido reproducidos y, en cierto modo, sintetizados en dos tesis recientes.

Por una parte, Nageotte (6), discípulo de Raymond, defiende la teoría *unitaria*, es decir, que la tabes y la parálisis general deben ser consideradas como manifestaciones diversas *de una sola y misma enfermedad*; por otra parte, Stojanowitch (7), inspirado por Joffroy, deduce de sus investigaciones que la tabes y la parálisis general difieren completamente una de otra, y permanecen *enfermedades independientes*, estén ó no reunidas en un mismo enfermo.

En último lugar, Fournier ha intervenido á su vez en el debate. Se inclina á creer que si la tabes y la parálisis general no constituyen absolutamente una sola enfermedad, están, sin embargo, muy íntimamente unidas, *porque una y otra representan afecciones parasifilíticas* y, por lo tanto, la parálisis general, como la tabes, es una emanación de la sífilis.

En favor de esta teoría unitaria, se ha hecho valer, sobre todo, que existen entre una y otra enfermedad un gran número de síntomas y una evolución comunes; que los dos tipos morbosos se asocian de diversas maneras en un gran número de casos; que tienen una etiología sifilítica idéntica; que sus lesiones son similares, puesto que tienden rápidamente á difundirse fuera de sus límites, cada una en el territorio de la otra, cayendo la tabes, por sus lesiones, en la parálisis general, y acarreado esta última lesiones espinales tabéticas.

Los partidarios de la independencia de las dos afecciones, objetan: que la comunidad de los síntomas es más aparente que real (cierto que en los dos casos hay trastornos de los reflejos tendinosos; pero aquí es la exageración, allí la abolición, etc.); que la asociación de las dos enfermedades es relativamente rara, si se descuentan de las estadísticas los casos en que no se encuentra el tipo clásico de cada afección; que la sífilis puede ser la causa habitual de la ataxia y de la parálisis general, pero no es la causa constante; por último, que

(1) Horn, *Berliner Archiv.*, 1833.

(2) Turck, *Sitzungsberichte der Wiener Akadem.*, t. XXI.

(3) Westphal, *Tabes dorsalis und Paralysis progressiva. Allgemeine Zeitschrift f. Psych.* Bd. XI.

(4) Baillarger, *Arch. cliniques des maladies mentales.*

(5) Soc. méd. des hôpitaux, séances du 15 et 12 Abril et 6 Mayo.

(6) Nageotte, *Tabes et paralysie générale*, Th. Paris, 1893.

(7) Stojanowitch, Th. Paris, 1893.



las lesiones anatómicas difieren esencialmente (difusas é intersticiales en la parálisis general, sistemáticas y parenquimatosas en la tabes).

2.º Charcot ha sido, por otra parte, el adversario más convencido de la doctrina sifilítica de la parálisis general. Según su opinión, la parálisis general, lo mismo que la tabes, no es en modo alguno una enfermedad sifilítica, y si se hace abstracción de los casos en que la sífilis crea las apariencias de esta enfermedad (pseudo-parálisis general), la parálisis general reconoce siempre por causa una *predisposición nerviosa*, probablemente hereditaria, ante la cual la sífilis no desempeña más que el papel de causa provocadora.

Lo que en la actualidad puede decirse, es que las estadísticas (la nuestra, como la de la mayor parte de los autores) confirman la existencia habitual de la sífilis en los antecedentes de los paralíticos. Pero, al lado de esta relación etiológica no dudosa, queda obscura la solución patogénica; además, algunos casos de parálisis general, que nos parecen en número escaso, no son imputables á la sífilis.

TRATAMIENTO.— Los autores que consideran la parálisis general como una afección de origen sifilítico, han preconizado y empleado el tratamiento específico en sus diversas formas; aun los que no conceden á la sífilis más que un papel secundario, ocasional y provocador, no se han creído autorizados á privar á los enfermos del beneficio esperado de esta cura. Los resultados obtenidos hasta ahora, distan mucho de fomentar esta esperanza.

No obstante, Fournier (1) afirma que, por más que es absolutamente ineficaz é ilusoria en la mayor parte de los casos, el tratamiento específico no deja de ejercer *algunas veces* una influencia medicatriz sobre la parálisis general de los sifilíticos; así, se le han podido atribuir casos de alivio notable y otros de remisiones más ó menos prolongadas. Hasta se ha citado un caso de curación.

Añadiremos que hay circunstancias en que el diagnóstico con la sífilis cerebral, no podía afirmarse desde el principio con seguridad. Si, por otra parte, se reflexiona que el tratamiento tiene también en un sifilítico la ventaja de prevenirlo contra la eventualidad de manifestaciones específicas ulteriores, se comprenderá que sea prudente (y esta era la práctica de Charcot), instituir en todo paralítico general con ó aun sin antecedentes confirmados de sífilis, un período regular de cura específica. Sin embargo, este tratamiento, que se prescribirá en forma de fricciones mercuriales asociadas al uso interno del ioduro potásico, no se prolongaría demasiado, y si no parece ir seguido de ningún resultado favorable, se le suspenderá al cabo de dos ó tres meses. Se procurará vigilar con gran cuidado la administración del ioduro de potasio, que ha parecido dar á veces origen al desarrollo de accidentes congestivos.

Durante el período *prodrómico*, están indicadas algunas precauciones. Ante todo, se evitará al enfermo toda causa de excitación. Así es, que deberá suspender sus ocupaciones y someterse al reposo en las mejores condiciones de higiene física y psíquica que sea posible realizar. A este propósito, podrá prescribirse la *estancia en el campo* ó en ciertas estaciones termales sosegadas y tranquilas. Se vigilará el régimen alimenticio en su cantidad y en su calidad; se evitará que el enfermo, á menudo dispuesto á ello, haga comidas excesivamente copiosas, que coma á lo glotón; se le prohibirán los alimentos exci-

(1) Fournier, Syphilis et paralysie générale. *Bulletin médical*, n.º 35, p. 407, 3 Mayo, 1893.

tantes; rigurosamente se suprimirán los condimentos, los licores alcohólicos, el té y el café.

Mucho se ha aconsejado y empleado el tratamiento *hidroterápico*: Christian y Ritt han demostrado que puede tener consecuencias más bien desfavorables. Participamos de esta opinión y proscibimos completamente la ducha de presión en los paralíticos generales. No obstante, en los casos con excitación, se debe recurrir á las lociones frías con una esponja, ó á la envoltura prolongada en la sábana mojada. Esta última práctica, además de no tener inconveniente, se ha aplicado á veces con ventaja.

Se ha preconizado la *revulsión* en todas sus formas. Fundándose en la observación de que á menudo, supuraciones accidentales sobrevenidas en el curso de la enfermedad, habían ido seguidas de remisiones, algunos autores han intentado reproducir condiciones análogas con un fin terapéutico, aplicando y sosteniendo supuraciones prolongadas por medio del sedal ó de cauterios. En todo caso, se estará autorizado, si no á aconsejar procedimientos tan intensos, cuando menos á recurrir á los diversos revulsivos habituales: cauterizaciones punteadas, embrocaciones iodadas de la nuca, etc.

En cuanto á los *medicamentos internos*, propiamente dichos, entre la multitud de los que se han prescrito, guiándose por razones diversas, apenas los hay que hasta ahora hayan demostrado su utilidad. En suma, ni la digital, ni la ergotina, ni la estricnina, han determinado nunca alivio notable. Aparte del bromuro de potasio, que se dará en los casos de excitación, nosotros prescribimos á menudo un tratamiento compuesto del empleo alternativo del ioduro de sodio durante quince días, seguidos de la administración de compuestos arsenicales durante otros quince, y así sucesivamente; al mismo tiempo se aconsejan los purgantes ligeros repetidos con frecuencia, particularmente los á base de aloes.

Cuando á pesar de todos los esfuerzos, la enfermedad ha llegado á su período de estado, lo mejor será atenerse á medios puramente *higiénicos*, por una parte, y por otra, combatir los accidentes y las complicaciones eventuales.

A causa de la existencia de los delirios, muchas veces se hará necesario el ingreso en un asilo, ya porque la *excitación maniaca* haya alcanzado un grado excesivo y el enfermo se haya vuelto peligroso para los demás, ya porque la *melancolía* vaya acompañada de oposición á alimentarse y de impulsiones al suicidio.

Las numerosas *complicaciones* que intervienen en el curso de la enfermedad: agitación extrema, ataques apoplectiformes, accesos epileptiformes, escaras, etcétera, no implican indicaciones particulares, y se las combatirá por los medios habituales.

En estos últimos años, se ha preconizado la intervención quirúrgica (1): bien sea la trepanación seguida del lavado, bien la trepanación simple, ó, en fin, la punción del confluente aracnoideo. Hasta ahora, los resultados obtenidos, no parecen bastante satisfactorios para autorizar las tentativas en este terreno.

BIBLIOGRAFÍA.—A. Voisin, *Traité de la paralysie générale*, Paris, 1879.—Mendel, *Die progressive Paralyse der Irren*, Berlin, 1880.—Christian et Bitti, *Art. Paralysie générale in Dict. encyclop. des sciences médicales*, 1885.—J. Mickle, *General Paralysis of the Insane*, London, 1886.—Magnan et Sérieux, *La paralysie générale*, Paris, Masson, 1894.

(1) Clay Shaw et Harisson Cripps. On the surgical treatment of general paralysis. *The British medical Journal*, p. 1394, 14 Junio, 1890.