

cuenta que las arteriolas terminales, que se distribuyen por la corteza cerebral, participan de la alteración de las envolturas cerebrales.

Está hoy bien demostrado, que la arteritis cerebral sífilítica puede terminar por rotura, y esto sucede principalmente cuando en el curso de la lesión se forma un aneurisma. La *hemorragia cerebral* es menos rara, por esta causa, que lo que se había creído al principio. Generalmente, son los vasos gruesos de la base los que se rompen, como la silviana (Dieulafoy), la carótida (Brault), y, más á menudo, el tronco basilar (Blachez, Lancereaux). Cuando esto sucede, la sangre se esparce en grande abundancia por el espacio sub-aracnoideo, se estanca en la confluencia central, y comprime el mesocéfalo y los orígenes de los nervios cerebrales. Estas hemorragias menígeas son, en la mayor parte de los casos, fulminantes; en otros producen una apoplejía rápidamente mortal.

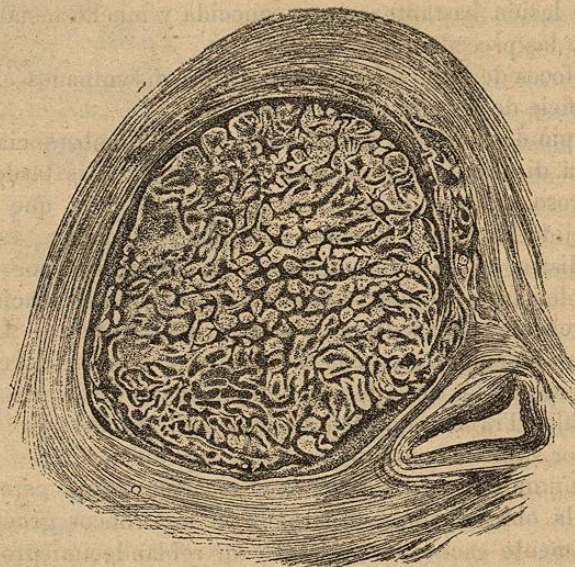


Fig. 145. — (Según Uthhoff). — Corte del nervio óptico en un caso de meningitis sífilítica de la base. Perineuritis y atrofia de las fibras nerviosas en la periferia.

Las hemorragias intra-cerebrales son más raras (Chvostek, Joffroy y Létienné), y no está demostrado que la sífilis pueda ser la causa de aneurismas miliares de las arteriolas del cerebro.

Lesiones sífilíticas de los nervios craneales. — Están, en la mayor parte de los casos, íntimamente ligadas á las meningitis de la base: la neuritis por compresión y la *aneuritis gomosa* autónoma, son, por el contrario, relativamente poco comunes. La alteración que el microscopio revela, y que se encuentra algunas veces en nervios que parecen sanos á simple vista, consiste en una infiltración peri-neurítica é intersticial de pequeñas células redondas, semejantes á las de los gomos (Lancereaux, Uthhof).

Las exostosis sífilíticas de la base del cráneo y de la órbita, pueden comprimir los nervios cerebrales; unas veces en su trayecto, y otras — y es lo más común — á su salida del cráneo; pero es este un modo de alteración poco cono-

cido. Lancereaux dice que los autores han admitido, sin pruebas suficientes, una lesión ósea ó perióstica, para explicar la parálisis facial periférica en la sífilis.

Los nervios cerebrales son atacados con una manifiesta desigualdad. En primer lugar, lo es el *quiasma*, región predilecta de las producciones sífilíticas de la base, y con él las partes adyacentes, *cintas y nervios ópticos*. Uthhoff ha hecho notar que las cintas ópticas, por su situación, están relativamente al abrigo de la meningitis basilar: su porción terminal contigua al quiasma lo más comunmente, sólo es interesada por propagación. Los nervios ópticos están más á menudo lesionados que las cintas.

La importancia de las lesiones va en disminución, de un modo general, á partir del quiasma, y pueden aquéllas propagarse desde luego con menor intensidad á los nervios ópticos, en forma de neuritis intersticial, hasta en su trayecto orbitario, y aun alcanzar el bulbo ocular, es decir, la papila. Trátase, pues, propiamente hablando, en este caso, de una *neuritis descendente*. Más á menudo tal vez, los nervios ópticos, en su trayecto orbitario, se encuentran atacados de *atrofia simple*. Pero — y esto debe notarse — en los casos de este género, existen siempre lesiones sífilíticas indudables en el interior del cráneo, y la atrofia simple, apreciada en el trayecto orbitario, no es en realidad más que una *degeneración secundaria*.

Después de la región del quiasma, los nervios *oculo-motores* son, de todos los nervios craneales, los más expuestos á los ataques de la sífilis cerebral, y todos los autores han notado este hecho. Lancereaux dice que su sola lesión debe despertar la idea de la sífilis; Fournier insiste acerca de «la predilección que afecta la diátesis por estos nervios». Se presentan lesionados cerca de un 39 por 100 de veces, es decir, en más de un tercio de los casos de sífilis cerebral publicados, con autopsia, según el reciente trabajo de Uthhoff. Y la proporción sería ciertamente más considerable todavía, si el examen histológico hubiera sido hecho en todos los casos.

Siguen en orden de frecuencia á las lesiones del *oculo-motor*, las del *motor ocular externo*, las del *trigémico*, del *facial* y las del *acústico*. Duncan ha visto un goma del tamaño de una judía, desarrollado en el mismo origen del trigémico; Huguenin ha encontrado un tumor semejante, detrás de la silla turca, sobre el ganglio de Gaserio. En una observación de Genkin, una osteítis específica del esfenoides, comprimía el trigémico de un lado. El patético puede igualmente ser interesado (6 veces entre 150, según Uthhoff). Los cuatro últimos pares craneales, están casi siempre, por el contrario, indemnes de lesiones de esta naturaleza, de tal modo, que se puede decir que la frecuencia de las localizaciones sífilíticas, en lo que concierne á los nervios craneales, va en *disminución desde el quiasma á los nervios bulbo-protuberanciales*.

Un gran número de pares craneales están algunas veces simultáneamente interesados por las neoformaciones sífilíticas extensas de la base. Fower refiere un caso en el que todos los nervios craneales del lado izquierdo, excepto el noveno, décimo y décimoprimer par, estaban comprimidos por un tumor voluminoso. Fournier cita un hecho del mismo género, según Barlow.

Otro modo de alteración relativamente raro, pero del que han sido referidos algunos ejemplos muy precisos (Kahler, Büttersack), produce en los nervios

cerebrales una neuritis gomosa ó intersticial que se presenta con cierta autonomía, es decir, independiente de toda alteración importante de las meninges de la base, hasta tal punto, que Kahler, á propósito de un hecho de este género, en el que los orígenes de los nervios raquídeos estaban interesados á la vez, ha pensado poder caracterizar la lesión en su conjunto, con la denominación de *polineuritis radicular sífilítica* (1).

SÍNTOMAS

FASE INICIAL DE LA SÍFILIS CEREBRAL

A) Período precursor ordinario. — Las complicaciones cerebrales de la sífilis no se precursoras nunca sin ser precedidas, con más ó menos anticipación, de una serie de fenómenos que las *anuncian*. En los casos más comunes, consisten estos síntomas precursores en una *cefalea* especial, por lo común acompañada de un *estado cerebral*, distinto del ordinario del sujeto, y de trastornos en la salud general.

Recordemos los caracteres, bien conocidos, de la *cefalea sífilítica*, caracterizada por un dolor intenso, que los enfermos refieren á las partes profundas del cráneo, de tal modo que, según Fournier, merecería ser llamada *encefalalgia*. Rara vez difusa, se localiza á menudo en una región determinada del cráneo. Cuando reside en la región fronto-parietal, es algunas veces unilateral ó predominan en un lado, y este dato no deja de tener valor para la determinación topográfica de una lesión cortical circunscrita.

Esta cefalea presenta, como uno de sus caracteres más típicos, *exacerbaciones* regulares seguidas de calma. Soportable ó nula durante el día, se exaspera en las últimas horas de la *tarde* y primeras de la noche, apaciguándose hacia la madrugada. Otras veces llega el dolor al máximo de intensidad al despertarse por la mañana. A menudo ocurre que el dolor no desaparece completamente durante el día; pero es muy raro que persista día y noche sin variar nada. El *insomnio* figura también muchas veces entre los prodromos, por sí solo ó independientemente de las exacerbaciones de la cefalalgia.

Una particularidad digna de notarse es la facilidad con que esta cefalea, muy rebelde á los medicamentos ordinarios (exceptuando las inyecciones de morfina), cede frecuentemente por pequeñas dosis de mercurio, y, quizás mejor aún, con las de yoduro potásico.

Las cefaleas sífilíticas se mejoran y desaparecen de ordinario al cabo de un tiempo más ó menos largo. No es raro observar en el curso de la cefalea accidentes cerebrales, tales como una parálisis ocular, un acceso convulsivo, pero suelen desaparecer prontamente, quedando las cosas como estaban, al menos por un tiempo dado.

Ya hemos dicho que la cefalalgia va acompañada de un cambio evidente en el *estado cerebral* del sujeto, caracterizado en los grados débiles por lentitud en las ideas, ineptitud para el trabajo intelectual, y en los más intensos por verdaderos estados de embotamiento con inacción, amnesia, incoherencia en la con-

(1) O. Kahler, Die multiple syphilitische Wurzelneuritis. *Zeitschrift für Heilkunde*, Bd. VIII, 1887.

ducta; únense á este estado inexplicables cambios de carácter, indiferencia general, accesos insólitos de tristeza ó de cólera.

Todos estos prodromos adquieren una significación más exacta aún, cuando se les añaden algunos fenómenos nerviosos subjetivos, como *estado vertiginoso* intermitente ó continuo; *hormigueos* y adormecimientos en los miembros, y hasta verdaderos dolores, unas veces fijos, reumatoideos ó neuralgiformes, otras pasajeros (*dolores cerebrales de los miembros*, Fournier).

La salud general se altera; se pierde el apetito y las fuerzas disminuyen, se adelgaza y la cara pálida y con expresión de fatiga, presenta aspecto de abatimiento y languidez: todos estos fenómenos constituyen lo que se ha llamado *anemia de origen cerebral*.

B) Formas graves, meningíticas iniciales. — La sífilis cerebral puede comenzar, en algunos casos menos numerosos que los anteriores, por fenómenos de un orden más importante que recuerdan, desde ciertos puntos de vista, las inflamaciones agudas de las envolturas del encéfalo.

Estos *episodios agudos*, por decirlo así, del principio de la sífilis cerebral, se presenta en dos tipos clínicos opuestos: uno de *excitación* con delirio violento, otro de *depresión* caracterizada por un estado de *soñolencia* ó de verdadero *coma*. Hoy día, se tiende á considerar estos fenómenos como la expresión clínica de la *meningitis sífilítica* y muy especialmente de la *meningitis basilar*, que es la lesión más común y la más característica.

a) Los fenómenos de *depresión* son los más habituales en la *meningitis basilar*. Heubner ha dado de ella una excelente descripción. Después de una fase de cefaleas generalmente muy intensas, el enfermo llega á un estado de embotamiento completo. Sin atender á nada de lo que le rodea, con la mirada fija, estúpida, como la de un borracho, tiene á veces cortas pérdidas del conocimiento, y obligado bien pronto á permanecer en la cama, cae en ella sumido en un estado de adormecimiento continuo. Inerte y silencioso la mayor parte del tiempo, se agita por instantes; así es que por la tarde, y principalmente por la noche, se vuelve locuaz, divaga sin violencia, como en el coma vigil de los tifoideos. En otros momentos, se levanta, busca sus vestidos y sale de su cuarto. Si se le pregunta, contesta brevemente y á menudo de un modo razonable, otras veces desatinadamente. Se deja conducir á la cama sin resistencia, y bien pronto vuelve á su embotamiento, gimiendo por instantes y quejándose de violentos dolores de cabeza.

En el curso de estos accidentes cerebrales amenazadores, algunas veces desde su aparición, se descubren síntomas paralíticos de una gran significación. Se observan sobre todo, parálisis en la esfera de los nervios motores del ojo; estrabismo, ptosis, parálisis total del nervio del tercer par; ó bien una hemiplegia. Habitualmente, entonces, los miembros paralizados se contraen algo, y algunas veces se presentan sacudidas clónicas espontáneas, diferentes de los movimientos de la epilepsia parcial. Otras veces, sobrevienen verdaderas convulsiones epileptiformes generalizadas (1).

Durante todo este tiempo, la salud general, persiste en estado relativamente satisfactorio, aunque los enfermos no suelen tener apetito. Heubner señala

(1) Mercier, Syphilis cérébrale à forme comateuse. Thèse de Paris, 1875.

la fiebre aun siendo alta, como posible, pero la existencia de la calentura es un hecho excepcional y la *apirexia* es, en estos casos, un importante elemento de diagnóstico.

No dejan de verse casos en los que el estado semi-comatoso se prolonga durante varios días, hasta dos, tres y cuatro semanas. Pero puede suceder también que rápidamente sea seguido por un *coma* profundo, con resolución muscular completa, anestesia absoluta y parálisis de los esfínteres. Constituye este estado una de las complicaciones más terribles de la sífilis cerebral, porque puede producir la muerte en un corto plazo. No obstante, y es un hecho bien digno de ser notado, *la terminación fatal es relativamente rara en estas formas comatosas iniciales de la sífilis cerebral* (Heubner). La curación es bastante frecuente, aun de un modo espontáneo, en el espacio de tres á cuatro semanas por término medio. No hay necesidad de añadir, que el tratamiento específico debe ser empleado con todo rigor en cuanto se diagnostique la naturaleza de los graves fenómenos descritos, y además es oportuna la recomendación de Fournier, que dice debe siempre pensarse en la sífilis como etiología de un coma.

Es un hecho excepcional, sin embargo, que la meningitis sífilítica cure sin dejar huellas de su existencia. Se ven, en verdad, enfermos que después de uno de esos terribles ataques, no tienen más que un ligero entorpecimiento intelectual, cierto embarazo en la palabra; pero la mayoría quedan valetudinarios. Entran entonces en una nueva fase de su enfermedad, constituida por las reliquias de los fenómenos paralíticos que aparecieron durante el estado semi-comatoso.

b) Los síntomas de *excitación psíquica* son relativamente frecuentes en la sífilis del cerebro. En ciertos casos se indica el principio de aquella por *delirio violento* con fenómenos ataxo-adinámicos. El primer diagnóstico que se le ocurre á la mente en un caso de este género, no es el de sífilis. «Se piensa en un delirio por fiebre, ó mejor aún, en un delirio de meningitis, ó de encefalitis incipiente (Fournier)».

No se puede decir con exactitud á qué forma de lesiones corresponden estos fenómenos delirantes; hay motivo para creer dependan de las *meningo-encefalitis de la convexidad*. En un hecho referido por Cornil, un hombre de dieciocho años presentó síntomas que hicieron pensar en la fiebre tifoidea, en la meningitis tuberculosa, en la enfermedad de Bright con uremia, pero bien pronto se presentó un acceso convulsivo, seguido de coma, que terminó por la muerte tres días más tarde. En la autopsia se comprobó una paquimeningitis gomosa.

En ciertos casos, la excitación violenta va acompañada de accidentes paralíticos que indican claramente localizaciones morbosas en la base. De este género es el caso de Luton: á un delirio funesto de palabra y acción, se unía una parálisis del motor ocular externo. En este caso, todos los accidentes desaparecieron por la acción del tratamiento.

Resulta, pues, una regla casi absoluta, que la sífilis cerebral *no ataca sin avisar*. Fournier ha hecho conocer algunas excepciones de esta ley. Ejemplo de ello es un enfermo que murió con lesiones importantes del cráneo y las meninges, acompañadas de un extenso reblandecimiento de la corteza cerebral, y que

no tuvo nunca el menor dolor de cabeza. En otro caso, se presentó un ataque de epilepsia, sin ser precedido de trastorno alguno sobrevenido después de los accidentes primarios de la sífilis.

A menudo, la falta de signos precursores no es más que aparente, y lo que sucede es que los síntomas precursores se remontan á fechas muy lejanas.

EVOLUCIÓN ULTERIOR DE LA SÍFILIS CEREBRAL CONFIRMADA

La diversidad de los tipos clínicos se acentúan en los períodos avanzados de la enfermedad. Existe gran interés en distinguir dos grandes grupos de manifestaciones: uno se refiere á la *arteritis sífilítica*, otro á las *neoplasias específicas del cerebro y las meninges*. Este segundo grupo comprende una subdivisión, fundada en la localización de las lesiones, unas veces, en la *base*, y más particularmente en el quiasma y los pedúnculos, otras en la corteza cerebral, y sobre todo, en la *convexidad*. Esta división, no es, por otra parte, completamente artificial. En rigor, todas las combinaciones son posibles, tratándose de una enfermedad de lesiones esencialmente difusas, como la sífilis, pero la observación demuestra que la generalidad de los hechos están comprendidos dentro de esta clasificación, que resulta por lo tanto justificada.

I. — FORMA ARTERIAL DE LA SÍFILIS CEREBRAL

La arteritis sífilítica del cerebro acompaña muy á menudo á las neoplasias específicas que se desarrollan en las meninges de la base. Pero, clínicamente puede también la arteritis presentarse sola y sabemos que lo mismo puede suceder anatómicamente.

La forma arterial de la sífilis cerebral, cuando se encuentra aislada, es ciertamente la menos especial, desde el punto de vista de los síntomas objetivos y la que más se parece á las afecciones cerebrales comunes, dependientes, por ejemplo, de la arterio-esclerosis. Por la arteritis se originan las variedades más importantes de *hemiplegia* y *afasias sífilíticas*, y de ella también dependen fenómenos transitorios relacionados con la *trombosis* y con las insuficiencias de circulación cerebral que de ella resultan. Finalmente, puede llegar á producir, en corto plazo, accidentes *mortales* de forma comatosa ó apopléctica.

A) La *hemiplegia* es, seguramente, la más común de todas las manifestaciones paralíticas de la sífilis cerebral. Todas las varias lesiones anatómicas antes estudiadas pueden producirla. Existen, pues, en realidad, *hemiplegias sífilíticas* y no una *hemiplegia sífilítica*. En las neoplasias corticales, éstas, lo más á menudo incompletas y parciales, ocupan un segundo lugar en el cuadro sintomático; no sucede lo mismo á las hemiplegias de origen arterial.

La hemiplegia es precedida de cefalea en las tres cuartas partes de los casos (Fournier) y suele suceder que al producirse la parálisis, la cefalea disminuye ó desaparece. La enfermedad, en este caso, invade en un estado aparente de salud completa. En los demás, es habitual que los prodromos inmediatos

á la hemiplegia sean muy análogos á los que se observan en las trombosis cerebrales, tales como vértigos, atolondramiento, parestias transitorias acompañadas de hormigueos, etc. Un gran número de los accidentes llamados *congésivos* de la sífilis cerebral deben ser atribuídos á la estenosis sífilítica de las gruesas arterias del encéfalo y á ella son imputables los accesos transitorios de afasia, los entorpecimientos intelectuales pasajeros con embarazo de la palabra, y aun ciertos ictus, no seguidos de parálisis, que se reproducen persistentemente en ciertas formas ajenas por completo á la epilepsia. Por último, la hemiplegia aparece después de un ictus ligero con ó sin pérdida del conocimiento. Esta puede faltar del todo y entonces el enfermo tiene conciencia del desarrollo gradual de la parálisis. Muy rara vez sucede la hemiplegia á un ataque apopléctico completo.

La hemiplegia por arteritis es generalmente *total*, aunque algunas veces se acentúa en la cara ó en un miembro. La intensidad de la parálisis está en relación, sin duda, con la extensión del reblandecimiento, pero, en igualdad de condiciones, á la arteritis sífilítica es á la que deben atribuirse las grandes hemiplegias de la sífilis cerebral. Estas entonces se comportan como las hemiplegias por reblandecimiento cerebral. En los casos favorables y en los sujetos jóvenes, la atenuación de los síntomas paralíticos es tan grande á la larga, que la fuerza muscular llega á ser casi igual en los dos lados, pero la rigidez debida á la contracción secundaria persiste en los movimientos, y la pierna se arrastra al andar. La mejoría es progresiva de un modo lento, y el tratamiento no activa en modo alguno la curación. Como fenómeno consecutivo, en largo plazo, se ha señalado la hemicorea, la hemiatetosis (Fournier, Gros y Lancereaux). Es cierto que la arteritis sífilítica cerebral parece que da origen, en el mismo orden de fenómenos, á accidentes mucho menos duraderos y menos inaccesibles á la terapéutica. Es preciso admitir, cuando esto se observe, que su única causa es la *isquemia cerebral*. La arteritis sífilítica es, en efecto, curable, por lo menos en su período inicial (Leudet, Dieulafoy). Fournier ha observado seis de estas *hemiplegias curables* en sujetos jóvenes, durante el período secundario de la sífilis. En estos seis casos, los prodromos, muy acentuados, fueron los de las parálisis cerebrales por trombosis arterial; la hemiplegia se produjo lentamente, y no fue sino el término de una debilidad muscular creciente de día en día. Bajo la influencia del tratamiento específico, la parálisis curó completamente en pocas semanas en todos los casos.

La hemiplegia consecutiva á la arteritis, puede ser la única manifestación de la sífilis cerebral y bastante á menudo, sobre todo cuando la enfermedad es tratada, ningún otro incidente se la añade, y la enfermedad queda como una hemiplegia vulgar.

La *hemiplegia doble* merece una mención especial (4/60 según Fournier), producida de ordinario por lesiones bilaterales, es el resultado de reblandecimientos amarillos, quistes que ocupan simétricamente los núcleos grises del cuerpo estriado (Jackson, Heubner). Los dos ataques se verifican sucesivamente, y á veces en un intervalo muy corto, sólo de algunos días; en otras ocasiones pasan años de uno á otro. Por lo general, la parálisis es desigual tanto en su intensidad como en su extensión, comparado un lado con el otro, hasta el punto que la hemiplegia de un lado puede haber desaparecido, en

tanto que la del otro persiste definitivamente. En los casos de este género se observa que las parálisis bilaterales de la cara se disipan incompletamente, y de ello resulta una *parálisis glosolabial*, cerebral más ó menos acentuada, esto es, una forma de *parálisis pseudo-bulbar* de origen sífilítico, que quizá no ha llamado hasta aquí la atención de un modo suficiente.

B) La *afasia* es un síntoma muy común, que lejos de caracterizar éste ó el otro tipo de sífilis cerebral, puede estar en relación con las variadas lesiones anatómicas. Sin embargo, este síntoma es debido las más de las veces á la arteritis sífilítica del cerebro.

a) El tipo clínico más frecuente consiste en la *asociación de la afasia con la hemiplegia derecha*. Ya sea la aparición brusca, ya sea gradual, los dos órdenes de síntomas caminan á la par. Así es que la afasia puede aparecer completa, absoluta, después del ictus preparalítico. Continuando el curso, disminuye al mismo tiempo que los trastornos motores, de igual modo que en el reblandecimiento cerebral ordinario. La curación, á pesar de todo, puede no llegar á ser completa; Charcot ha visto la *ceguera verbal* persistir definitivamente después de una hemiplegia derecha, en tanto que la afasia motora concomitante desapareció. Las observaciones de este género son raras; las afasias parciales definitivas no son propias de los casos comunes de sífilis cerebral. Fournier cita un caso de agrafia, que mejoró rápidamente. Los hechos de este género dependen de la existencia de reblandecimientos limitados (Charcot) de la corteza ó de las fibras blancas subyacentes. Ahora bien; la arteritis sífilítica produce mucho más á menudo el reblandecimiento de los núcleos grises centrales. En este caso, la forma más observada es la *afasia motora con ó sin agrafia*.

b) En contraposición con la variedad precedente se colocan las *afasias transitorias y curables* de la sífilis cerebral. Son estos singulares accidentes consecuencia de la isquemia cerebral y tienen por carácter propio producirse independientemente de toda parálisis de los miembros ó de la cara. A veces solo nota algo de adormecimiento del brazo derecho, torpeza en los movimientos de la lengua ó una debilidad pasajera en todo el lado.

El trastorno afásico es con frecuencia muy fugaz; dura un cuarto de hora, algunas horas ó bien dos ó tres días. Un enfermo de Fournier perdió la palabra repentinamente al ir á dar unas señas á su cochero, y recobró el uso de ella algunos minutos después. En un empleado de comercio, observado por nosotros, se inició la sífilis cerebral de esta manera: estando en casa de un cliente, haciendo una entrega, se puso de repente á mascullar las palabras, sin poderse explicar, concluyendo al mismo tiempo por ser incapaz para escribir y leer los números. Tres días después volvió á su estado normal. En una observación de Tarnowsky se refiere, que una mujer fue perdiendo progresivamente el uso de la palabra en el espacio de tres días. Sobrevino entonces un ataque apopléctico y á seguida la afasia motora fue acompañada de agrafia y de ceguera verbal. El tratamiento específico produjo una curación completa. Heilbronner ha referido muy recientemente un caso de afasia complicado con ceguera y sordera verbales, sin asociación de trastornos motores, que curó, como el anterior, de un modo perfecto.

Agreguemos que estas afasias curables no dejan de ser de un pronóstico se-