

vero, porque son el prelude, en muchos casos, de lesiones cerebrales irremediables, sobre todo si se las abandona sin tratamiento conveniente.

C) La arteritis sífilítica del cerebro puede ser origen de *accidentes apopléticos* mortales, en breve plazo y en ciertos casos fulminantes. El mayor número de ellos se refiere á la formación de *aneurismas* en las arterias de la base.

La ruptura de estos aneurismas tiene por consecuencia la inundación del espacio sub-aracnoideo de la cara inferior del cerebro, y la muerte se verifica al cabo de algunas horas, en estado apoplético, acompañado algunas veces de movimientos convulsivos. Aunque no es muy frecuente este modo de terminación de la sífilis cerebral, no es, sin embargo, una rareza. Los casos de Lancereaux, Brault, Spillmann, Dieulafoy, etc., se refieren en su mayor parte á individuos jóvenes infectados desde hacía poco tiempo. La hemorragia intracerebral es mucho más rara (Schwostek).

Los accidentes del mismo género que tienen su origen en la *obliteración* de las arterias cerebrales evolucionan de una manera algo distinta. Los accidentes son precedidos de prodromos, á veces con gran anterioridad, tales como vértigos, hemiparesias, afasias pasajeras; después, y con uno ó varios avisos de este género, los enfermos caen gradualmente en el coma y sucumben. Así sucedió en la observación de Joffroy Létienne, en la que la autopsia permitió ver una obliteración del tronco basilar y un reblandecimiento rojo de la mitad de la protuberancia.

II. — MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS NEOPLASIAS SIFILÍTICAS ENCEFALO-MENÍNGEAS

A). — SÍFILIS DE LA BASE

Las *parálisis de los nervios craneales* y ciertas formas de *hemiplejias sífilíticas* son aquí los síntomas cardinales. Accesoriamente pueden observarse otros fenómenos, que encontraremos colocados en primera línea en la categoría siguiente, y son las *convulsiones* y los *trastornos intelectuales*. Mucho más inconstantes aún, se encuentran también ciertos fenómenos, como vértigos, vómitos, poliuria, que no son especiales de ninguna sífilis cerebral. La anatomía patológica nos enseña que el espacio inter-peduncular y la región del quiasma son el sitio de predilección de las neoformaciones sífilíticas, y con esto se indica cuál es la importancia de las manifestaciones de este orden.

a) Las anomalías en el territorio de los *nervios craneales* son en estos casos las que mayor importancia adquieren entre todos los síntomas, y los datos clínicos se hallan en conformidad con los de la anatomía patológica. Las *parálisis de los nervios motores del ojo* son las más frecuentes.

La *parálisis del motor ocular común* es, de todos los accidentes de la sífilis cerebral, el más frecuente y el más característico. Su sola existencia debe hacer sospechar la sífilis (Lancereaux), viene á ser como la firma de la misma (Ricord, Fournier). Se la encuentra *total y completa*, pero como una excepción. La regla es que las parálisis sífilíticas del tercer par sean *parciales é incompletas* (Fournier). Muy habitualmente, la musculatura interna del ojo

está interesada en un grado indefinido en estas parálisis incompletas; la pupila se halla más ó menos dilatada, los movimientos reflejos del iris están perezosos, si no abolidos, la acomodación se hace mal. Es posible también que la parálisis del iris y del cristalino exista sola; pero comunmente se la encuentra como reliquia de una parálisis anterior.

Parece que se debe admitir, *a priori*, que estas parálisis disociadas tienen por causa la alteración de centros distintos. No hay nada de esto, sin embargo, y se sabe que las infiltraciones sífilíticas de los troncos nerviosos mismos en la base del cráneo pueden producir las (Oppenheim). Y aun se podría adelantar la idea de que es este el modo de alteración más frecuente. Conviene hacer notar que la disociación paralítica no es nunca tan perfecta como en las afecciones sistematizadas; rara vez el ptosis se presenta sólo; no se observa la parálisis aislada de ésta ó la otra función de los músculos internos (acomodación, reflejos luminosos).

La parálisis del tercer par es un accidente del *comienzo* de la sífilis cerebral. La mayor parte de las veces, la parálisis es precedida por cefaleas violentas, y en cierto número de casos, aparece durante el curso de una de estas crisis cefalálgicas.

Por último, la parálisis es *transitoria*; es uno de los accidentes que la terapéutica más fácilmente domina, y parece que es su fin natural seguir su curso, atenuándose, si no llega á curar por completo, aun cuando no sea tratada. Fournier ha visto, sin embargo, parálisis de este género, rebeldes á todo tratamiento, persistir definitivamente.

¿Puede la parálisis ser un único y aislado accidente de la sífilis en las manifestaciones encefálicas de ésta? Sí, en verdad, y en los casos tratados principalmente; pero es raro suceda esto, al menos de modo definitivo. Por regla general, la parálisis del motor ocular común se combina con otros síntomas, en proporción bastante elevada se encuentra la *hemiplejia cruzada* (síndrome de Weber) por lesión peduncular. Mas rara vez la hemiplejia es del mismo lado.

Se ha notado también la coexistencia de varias parálisis oculares: tercero y sexto par de un lado, por ejemplo. Fournier ha observado paralizados al mismo tiempo el óculo-motor y el óculo-motor externo del lado derecho y el motor externo del lado izquierdo.

El *facial* y el *trigémico* son, después de los nervios motores del ojo, los que ataca la sífilis con más frecuencia. Sus lesiones parecen, poco más ó menos, tan comunes como las del motor ocular externo y más que las del patético. La *parálisis facial* de que aquí tratamos es solamente la parálisis periférica con participación del orbicular. Esta parálisis es algunas veces durable, y va acompañada entonces de atrofia muscular, de abolición de las reacciones eléctricas (Ziemssen, Heubner), de reacción de degeneración (dos casos de Oppenheim, Charcot y Gombault). La parálisis puede aparecer desde luego sin ningún otro síntoma, y esto algunas veces de un modo precoz. En un caso referido por Gilles de la Tourette y Hudelo, se declaró al mismo tiempo que la roseola, y habría podido creerse se trataba de una parálisis facial vulgar; pero la del caso en cuestión no fue sino el prelude de una serie de accidentes: cefalea intensísima, estado semi-comatoso, y por último, hemiplejia. Lo mismo sucedió

en un caso de Gilbert, en el que la autopsia descubrió una meningitis gomosa de la base (Boix). Las parálisis faciales observadas en los sífilíticos durante el período secundario ¿dependen de la sífilis cerebral? ¿Son debidas á lesiones intra-craneales del nervio? No se puede afirmar, pero hay que tener en cuenta que un cierto número de estas parálisis van acompañadas de cefaleas violentas, de fenómenos de soñolencia, que no se encuentran en las parálisis faciales ordinarias.

Otro tanto podría decirse de las anomalías observadas en el territorio del trigémino. Se las encuentra mencionadas en algunos casos en forma de anestesia de la mitad de la fisonomía (Leudet, von Graefe, etc.), de fenómenos de excitación, hormigueos, dolores, hiperestesia; de tic doloroso de la cara (Huguenin), ó de trastornos tróficos graves por parte del ojo (queratitis neuro-paralítica, Leudet, Oppenheim).

Los trastornos de la visión están íntimamente ligados á las alteraciones de los conductores de la base, y es muy raro que tengan por causa una lesión de los centros cerebrales. Fournier los asigna una frecuencia de un 13 por 100, proporción bien inferior á la de las parálisis del tercer par; pero las lesiones se encuentran en mucha mayor proporción, si se atiende á las alteraciones histológicas (doce veces en 17 casos, Uhthoff).

La disminución de la agudeza visual es relativamente frecuente; por lo común, es distinta en un lado que en otro. Puede llegar á la ambliopía y hasta la misma ceguera. Tratados desde el principio, estos trastornos de la visión, por graves que sean, pueden desaparecer, más ó menos completamente, con los accidentes cerebrales graves que los acompañan (Trousseau y Lasègue). En los casos que no se consigue más que un éxito terapéutico parcial, el campo visual no se restablece por completo. Rara vez, la ceguera queda definitiva, y la atrofia óptica es comprobada por el oftalmoscopio.

Las modificaciones parciales del campo visual presentan un interés muy particular. Se observan las formas siguientes: estrechez concéntrica irregular, escotaduras irregulares, hemianopsia temporal, y, por fin, muy excepcionalmente, hemianopsia homónima. A menudo, la visión no está abolida más que parcialmente en las regiones del campo visual lesionado, al mismo tiempo que la visión no conserva su agudeza normal en las partes del campo que han sido conservadas. Las interesantes investigaciones de Uhthoff, han demostrado que estos diferentes cambios en la extensión del campo visual están en relación con la disposición de la infiltración gomosa en el nervio óptico.

La hemianopsia temporal ha sido observada por Gehrhardt, Oppenheim, Siemerling y Uhthoff, y se encuentra constantemente en relación con la infiltración del ángulo anterior del quiasma. La hemianopsia homónima no ha sido encontrada más que dos veces entre 150 observaciones analizadas por Uhthoff; en 17 casos personales, este autor no lo ha observado más que una vez; la autopsia demostró, en el hemisferio del lado opuesto, lesiones muy extensas, de las que dependía probablemente el síntoma hemianopsia. Oppenheim ha observado también la hemianopsia homónima de un modo transitorio, y no duda que en el caso observado por él, se refería este síntoma á una lesión opuesta de las bandas.

Las variaciones, algunas veces considerables, á las cuales están sujetas estas

deformaciones del campo visual, constituyen su carácter más especial. Citaremos, tan sólo como ejemplo, la interesante observación de Oppenheim ya mencionada (*Berliner kl. W.*, 1889), seguida durante dos años, en los cuales el enfermo presentó sucesivamente: una estrechez concéntrica y regular, después una hemianopsia bilateral homónima izquierda típica; ésta se mejoró después por el tratamiento, y el campo visual se extendió de nuevo hacia la izquierda de un modo irregular. En un enfermo de Gehrhardt, una hemianopsia del mismo género, sucedió á una amaurosis completa.

A estas alteraciones múltiples de la visión corresponden, aunque no siempre, modificaciones del fondo del ojo. Estas no dejan de producirse cuando los trastornos visuales persisten largo tiempo, é inversamente pueden existir, al principio sobre todo, sin anomalía aparente de la función; así que el examen de la papila se impone cada vez que se sospecha la existencia de la sífilis cerebral. También se ha citado: el *éstasis papilar* (quince veces entre 150 observaciones, Uhthoff); la *neuro retinitis* (siete veces); la *atrofia simple* (diez veces). Oppenheim ha hecho observar que la atrofia papilar es en estos casos á menudo unilateral. Galezowski había hecho ya la misma observación, en lo que se refiere á la neuritis.

Es importante no confundir estas diferentes modificaciones de la retina, consecuencias de lesiones *intra craneales*, con aquellas que resultan de determinaciones *primitivamente oculares* de la sífilis. Galezowsky ha demostrado cuál es la frecuencia de las alteraciones coroido-retinianas en la sífilis. Estas pueden producir también ambliopías, reducciones del campo visual, atrofas retinianas, etc.

b) Los tumores y las neoformaciones gomosas difusas de la base pueden interesar el pedúnculo cerebral, de lo que resulta una variedad de hemiplegia *peduncular* infinitamente más rara, es cierto, que la precedente. El signo patognomónico de esta localización es la *parálisis alterna de Weber*, de la cual Uhthoff ha reunido doce observaciones. Algunas veces esta hemiplegia alterna sigue á una fase comatosa grave, rara vez á un ictus apopléctico. Otras veces se desarrolla insensiblemente, presentándose primero las parálisis oculares, después debilidad de los miembros del lado opuesto. A veces estos accidentes se desarrollan en concomitancia con fenómenos cerebrales graves, parálisis múltiples de nervios cerebrales, estados comatosos, crisis epilépticas, todo lo que exige una gran reserva respecto á su pronóstico. Las parálisis obedecen al tratamiento, es cierto, pero sólo en su principio y las recaídas son frecuentes. Las autopsias han permitido ver lesiones cerebrales difusas (Siemerling, Pick), pero casi siempre el síndrome de Weber depende de una lesión peduncular.

Más raras aún que las anteriores son las neoplasias sífilíticas de la región *bulbo-protuberancial*. A las parálisis de los nervios craneales correspondientes pueden unirse trastornos motores en los miembros, afectando á menudo la forma *alterna*. Así, el estrabismo interno (por parálisis del sexto par), asociado á una hemiplegia cruzada, se ha observado once veces (Uhthoff); se ha visto igualmente la *hemiplegia alterna de Gubler* (Lancereaux, Leudet), la anestesia dolorosa en el territorio del trigémino, al mismo tiempo que una parálisis de los miembros del lado opuesto (Pick), etc., etc. Las lesiones especí-

ficas muy extensas ó muy profundas de la región pueden producir trastornos bilaterales en los miembros. En un caso de Lancereaux, bien conocido (véase su *Atlas de Anatomía patológica*), un goma desarrollado en el espesor de la protuberancia fue la causa de una contractura de los cuatro miembros. La *poliuria* se observa como síntoma dependiente de la meningitis sífilítica de esta región (Leudet, Büttersack).

El cuadro de la *parálisis glosolabial* puede ser engendrado por gomas de la protuberancia (Hayem). Las observaciones de este género son muy raras y ya hemos visto que, en los sífilíticos, el síndrome bulbar está más frecuentemente bajo la dependencia de lesiones cerebrales bilaterales (pseudo-bulbares).

c) Cuando las lesiones se localizan exactamente en la base del cráneo, los *trastornos psíquicos* propiamente dichos y las *convulsiones*, desempeñan un papel muy secundario. Verdad es que la afasia y la hemiplegia, consecutivas á la arteritis sífilítica del cerebro, no dejan de ir acompañadas en su curso de cierto grado de debilidad intelectual, pero los trastornos vesánicos propiamente dichos, que estudiaremos en el capítulo siguiente, no forman parte del cuadro clínico de las lesiones de la base. Es cierto que Heubner se inclina á creer que la isquemia cerebral, consecuencia de la trombosis arterial, desempeña un papel importante en los trastornos mentales, pero hoy hay tendencia á creer que éstos dependen, más que nada, de alteraciones de las circunvoluciones de la convexidad en particular.

Los ataques convulsivos no se encuentran en los diferentes tipos clínicos anteriormente expuestos, salvo, sin embargo, las formas complicadas, en las que aquéllos existen. Lo que se observa en los tipos antes expuestos son los ictus apopléticos, seguidos ó no de hemiplegia y acompañados algunas veces de una corta fase tónica generalizada, pero la epilepsia sífilítica propiamente tal, depende sobre todo de lesiones corticales.

B) — SÍFILIS CORTICAL — NEOPLASIAS DE LA CONVEXIDAD DEL CEREBRO

Sus manifestaciones más importantes son la *epilepsia* y los *trastornos psíquicos* y después, en segunda línea, las *parálisis corticales de la cara y de los miembros*, que son á menudo parciales, incompletas y variables. Es de regla que estos diferentes síndromes se asocien entre sí y sólo de un modo pasajero se les puede observar aislados.

I. La *epilepsia* es considerada generalmente como la manifestación más constante de las lesiones corticales. En 21 casos de este género, Heubner la ha encontrado 20 veces. Charcot, Fournier y Echeverría participan de la misma opinión.

Parece averiguado que un ataque de epilepsia franco, sobrevenido en el curso de una salud perfecta, puede ser el primer incidente revelador de las lesiones cerebrales de la sífilis (Fournier). Pero esto es un hecho excepcional, y todo el cortejo de fenómenos precursores, que ya conocemos, preceden casi siempre á la primera manifestación convulsiva.

La epilepsia sintomática de la sífilis, ¿tiene por sí misma algún carácter distintivo? Esta cuestión, que es de un gran interés, ha preocupado vivamente á

los autores. He aquí en qué términos podemos hoy resolverla. La sífilis puede engendrar todas las formas conocidas del mal comicial, desde los vértigos y la falta del pequeño mal, hasta los grandes accesos convulsivos y los equivalentes psíquicos de éstos (Féré). Pero los paroxismos convulsivos *parciales* son frecuentes en la sífilis, cosa que se concibe bien teniendo en cuenta la forma habitualmente circunscrita de las lesiones corticales: se ha observado también la frecuencia de *parálisis por agotamiento*, consecutivas á los accesos.

No obstante, las apreciaciones deducidas de su marcha y de las *asociaciones sintomáticas* que presenta, son infinitamente más propias para caracterizar la epilepsia sífilítica que los signos citados, cuya importancia es secundaria. Se pueden resumir los caracteres diferenciales en las dos proposiciones siguientes:

1.^a La epilepsia sífilítica tiene una marcha, en cierto modo *progresivamente acelerada*. El intervalo entre los accesos disminuye con el tiempo. Abandonada á sí misma, la enfermedad llega en las formas graves á presentar crisis en serie, y después un estado de mal confirmado, que termina por un coma rápidamente mortal: ejemplo la observación citada por Mallet (1).

Ciertamente, la intervención precoz de un tratamiento específico enérgico puede modificar esta evolución precipitada, pero no siempre se consigue esto, y la falta de éxito por el tratamiento, no son raras. De todos modos, jamás, se puede decir que la epilepsia sífilítica presenta de un modo durable la marcha, en cierta manera monótona, con la reaparición periódica de los accesos, que se observa á menudo en la epilepsia común.

2.^a La *epilepsia sintomática de la sífilis cerebral no existe en el estado de sintoma aislado más que por un tiempo limitado*. En un momento dado, esta epilepsia se asocia á diversos accidentes cerebrales que ordinariamente no se encuentran en el mal comicial ordinario. Así sucede, por ejemplo, con las *parálisis corticales*, que son en ciertos casos y al principio transitorias y consecutivas á los accesos, y que después, á la larga, pueden persistir en los intervalos de los mismos; también se la asocian variados *trastornos psíquicos*, de los cuales trataremos más adelante. En ninguna otra variedad de mal comicial son atacadas las *funciones intelectuales* de una manera tan pronta y tan profundamente.

Hay además una combinación posible y de una gran significación en el caso de que tratamos, y es la asociación de la epilepsia con *trastornos oculares*. Las neoformaciones corticales, cualquiera que sea su sitio, pueden producir modificaciones en el nervio óptico, como sucede con los tumores cerebrales, que actúan por compresión. El examen del fondo del ojo es de necesidad en estos casos, en cuanto que el estado de la visión no corresponde siempre á la gravedad de las lesiones. Cuando la *neuritis óptica* coexiste con una epilepsia parcial franca, casi se puede afirmar la existencia de una lesión sífilítica de las circunvoluciones (H. Jackson, Fournier).

En la marcha de esta epilepsia *asociada* se observan cierto número de variedades. Puede suceder que la adición de los accidentes cerebrales, de que ya hemos tratado, á los fenómenos convulsivos no se verifique más que de una manera tardía. En otras ocasiones, por el contrario, la epilepsia es un fenómeno secundario.

(1) Mallet, Contribution à l'étude de l'épilepsie syphilitique. Thèse de Paris, 1891.

II. *La enajenación mental sífilítica*, es decir, reveladora de lesiones cerebrales seguramente sífilíticas, es hoy día admitida sin discusión. Y esta relación ha sido demostrada por Foville, Schüle, Fournier, Mairret, etc., etc.

Es bien evidente, por otra parte, que cierto número de accidentes psíquicos, observados en los sífilíticos, no representan más que coincidencias, ó por lo menos no tienen sino relaciones indirectas con la sífilis (sífilofobia, hipocondría simple, etc.). Los accidentes mentales de la sífilis tienen por carácter fundamental pertenecer á la categoría de las *enajenaciones mentales orgánicas* (1), bien sea por sus manifestaciones clínicas propias, ó bien por la asociación de otros síntomas cerebrales que evolucionan paralelamente á los de la enajenación (Mairret).

Conocemos ya la *decadencia intelectual*, á menudo rápida y profunda, que evoluciona á la par de los accesos de epilepsia. No es raro que esta decadencia aparezca desde los primeros ataques, y aun puede preceder á las manifestaciones epilépticas, ó existir siempre independientemente de éstas. Se sabe hoy que la sífilis cerebral puede comenzar de esta manera (2). Un individuo sin presentar el menor delirio, comienza de repente á cometer errores, faltas en su profesión, incorrecciones en su conducta, todas sus facultades intelectuales sufren una disminución, como una especie de vuelta al estado infantil. Su memoria está profundamente trastornada, y los sucesos de fecha reciente, sobre todo, no los recuerda. El profesor Fournier ha referido ejemplos bien caracterizados de esta *acnesia sífilítica*. En el orden moral se produce un cambio en el mismo sentido, que se revela por un estado de apatía, de indiferencia, que es interrumpido, sin motivo, por accesos de violencia no habituales.

Este estado psíquico merece ser tenido en consideración, porque es el prodromo por excelencia de las afecciones orgánicas del cerebro.

En los casos extremos todas las funciones cerebrales parecen aniquiladas, y los enfermos permanecen sumidos en un estado de verdadero *estupor* (Lancereaux). Otras veces los enfermos caminan hacia la *demencia*, y el cuadro clínico, cuando se le unen trastornos paralíticos que estudiaremos más adelante, se asemeja más ó menos al de la parálisis general.

Incontestablemente más raros son los *trastornos vesánicos* propiamente dichos, que se pueden calificar como sífilíticos. Los trastornos vesánicos aparecen como un episodio sobreañadido, en el curso de una sífilis cerebral, ya en vía de evolución, ó bien, por el contrario, y esto es excepcional, dichos trastornos inician la serie de accidentes y conservan, durante un tiempo más ó menos largo, las apariencias de la locura simple.

La aparición del delirio es por lo general brusca (Mairret). Un enfermo observado por Rayet toma de repente á los transeuntes por «espectros, fantasmas». En otros casos una agitación furiosa se declara súbitamente (Luton, Calmeil). También, á veces, la enajenación se constituye de una manera lenta y gradual, con intervalos de lucidez.

Considerado en sí mismo este delirio, presenta, por otra parte, aspectos clínicos muy variados, que se pueden reducir á tres formas principales:

1.^a *Excitación maniaca simple*.— Se podría creer algunas veces, si no fuera

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

(2) Fournier, La syphilis du cerveau. Paris, 1878, p. 272.

por la falta constante de fiebre, en el delirio que acompaña las inflamaciones agudas del encéfalo ó de las meninges, ó bien en un acceso de delirio alcohólico ó de manía simple aguda.

2.^a *Excitación maniaca con ideas delirantes*.— Las ideas de grandeza y las de persecución se encuentran con gran frecuencia (Foville, Schüle, Mairret). Estos estados delirantes coinciden á menudo, sobre todo los de ideas persecutorias, con variadas alucinaciones pasajeras é incoherentes, que no dan nunca al delirio carácter sistemático.

3.^a *Estado depresivo con melancolía*.— Mairret distingue dos variedades, según que el estado depresivo domine la situación, ó según que las ideas delirantes melancólicas adquieran la mayor importancia y el delirio aparezca con la forma lipemaniaca. En este último caso, las alucinaciones son, por lo común, muy fuertes. Cualquiera que sea su forma clínica, el delirio en estos casos es *siempre general*, y no existe una sola observación de vesania sífilítica que haya afectado la forma sistemática, parcial ó monomaniaca (Mairret, Fournier). Hemos hecho ya notar la *frecuencia de las alucinaciones* de una manera general; interesan aquéllas, no sólo el oído y la vista, sino aun quizá más toda la sensibilidad (Mairret), en forma de dolores periféricos ó viscerales que puede provocar la explosión del delirio ó al menos influir sobre la dirección de éste.

Por último, los diferentes delirios sintomáticos de las lesiones sífilíticas del cerebro presentan una particularidad común, cuya importancia no puede desconocerse, y es la *debilidad precoz y rápida de la inteligencia*, que, representada ya al principio por la incoherencia ó la simplicidad de las concepciones, termina fatalmente, en un plazo muy variable, en la *demencia caracterizada*. Esta decadencia intelectual, por sí sola, indica de antemano la naturaleza orgánica de la enajenación mental (Mairret). Pero la locura sífilítica no es nunca más que un fragmento, un episodio de la sífilis cerebral, y los síntomas somáticos que forman su acompañamiento habitual sirven mucho mejor para caracterizarla que no las consideraciones precedentes, que se refieren á sus diversos aspectos clínicos. La combinación clínica más común es la siguiente: *delirio, demencia y trastornos paralíticos localizados*. Estas parálisis localizadas pueden ser monoplejías corticales, análogas á las que indicaremos más adelante, ó hemiplejías completas. En ciertos casos de lesiones difusas ó diseminadas, el delirio se asocia á trastornos paralíticos de los nervios motores del ojo. Las anomalías papilares presentan entonces una importancia tan grande como en la forma epiléptica. La marcha clínica de estas diferentes formas mentales de la sífilis cerebral es, bajo muchos aspectos, comparable á la de la forma epiléptica, á la cual, por otra parte, puede asociarse. Así es que la intervención del tratamiento puede producir, en los casos felices, una verdadera transformación á simple vista en un término muy breve (Fournier). Pero, de una manera general puede decirse que la aparición de desórdenes mentales, en la sífilis del cerebro, es de un pronóstico funesto.

En un buen número de casos se obtiene, es cierto, una curación incompleta; los trastornos vesánicos propiamente tales desaparecen, pero la inteligencia queda muy aminorada y los trastornos motores concomitantes no se disipan del todo. En este caso, deben preverse las recidivas.

Pseudo-parálisis general sífilítica.— Con este nombre se designan ciertos ti-