

pos clínicos en los que los trastornos mentales, más ó menos análogos á los de la verdadera parálisis general, se presentan asociados desde su comienzo á parálisis motoras y á embarazo de la palabra. La analogía, en las fases iniciales de las dos afecciones, es preciso reconocer no es grande ordinariamente. No obstante, los elementos de diagnóstico diferencial son suministrados bastante menos por el estudio comparativo de los *desórdenes mentales* que por el de los *trastornos somáticos* que los acompañan.

a) No hay necesidad de recordar cuán á menudo la parálisis general no presenta, propiamente hablando, ningún delirio, sino solo una decadencia gradual de la inteligencia, cuyo término es la locura. Tal es también la regla, pudiéramos decir, en la mujer. Ahora bien; las lesiones sífilíticas del cerebro pueden tener, como ya hemos dicho, igual consecuencia. Pero es cierto que, en su marcha clínica, la demencia sífilítica es menos fatal y regularmente progresiva que la de la parálisis general.

En cuanto al delirio megaló-maniaco, es cierto que debe hacer pensar en la peri-encefalitis difusa; pero sabemos que este delirio no es atributo exclusivo de esta última. Acerca de la existencia de ideas de grandeza ó de satisfacción, en el curso de la sífilis cerebral, no puede tenerse la menor duda; las observaciones de Foville, Schüle, Desnos y Mairret, hacen mención de ellas de una manera terminante en sujetos en los que las lesiones específicas han sido comprobadas en la autopsia. Pero debemos decir que dichas ideas son menos frecuentes, que son las más de las veces pasajeras, y que alternan con otras formas de delirio.

b) Los otros síntomas aparecen en las dos enfermedades en oposición bien manifiesta. Así, las cefaleas violentas sólo pertenecen á la sífilis. Los parálisis generales no padecen de la cabeza, ha dicho Lasègue. La epilepsia franca, generalizada ó parcial, es menos frecuente en la locura parálítica pura.

Las parálisis motoras en la sífilis se distinguen por su aparición precoz, su mayor importancia, y sobre todo, su forma, lo más comunmente circunscrita. Un enfermo de Foville presentó una hemiplegia; otro, observado por Calmeil, una hemiparesia izquierda; en un tercero, cuya historia ha sido referida por Mairret, existió durante cierto tiempo una monoplejía braquial. En la peri-encefalitis difusa, al contrario, ya se sabe la regla: nada de parálisis locales, sino una debilidad general y creciente, una torpeza en todos los movimientos, acompañada de rigidez y temblor. La palabra embarazosa es común en la sífilis cerebral, y no es raro, en verdad, que vaya acompañada de cierto temblor de la lengua y de los labios; pero jamás se reproduce exactamente la manera de hablar tan característica de la parálisis general con la tremulación fibrilar del labio y de la lengua, que modifica de una manera especialísima la pronunciación de las consonantes labiales y linguales.

En cuanto á los fenómenos oculares, hay algunos que pueden encontrarse en las dos enfermedades, tales como la desigualdad pupilar y atrofia de la pupila (Galezowsky, Magnan). Pero las parálisis musculares del ojo, que son excepcionales en la parálisis general, se observan á menudo en la pseudo-parálisis general sífilítica (Mairret, Fournier); y por el contrario, el signo de A. Robertson, que falta en la pseudo-parálisis, es un elemento de diagnóstico importante aun en los períodos poco avanzados de la locura parálítica de los enajenados.

¿Será necesario añadir que las remisiones, los retornos al estado anterior en la sífilis cerebral, sobre todo cuando es tratada, nos muestran maneras de ser de la pseudo-parálisis, que no se encuentran en la verdadera parálisis general? Esto es hasta tal punto cierto, que una mejoría cualquiera en esta última debe hacer dudar del diagnóstico etiológico. En una fase avanzada, la semejanza entre ambas es mayor, y la confusión entre ellas es tan posible, que ha sido cometida por alienistas competentes. La desorganización del cerebro llega entonces á ser profunda, y las dos enfermedades terminan su curso en un tipo común, el de la *decadencia cerebral completa*. La inteligencia está extinguida, no hay delirio, la palabra no existe ó está reducida á un murmullo inarticulado. Finalmente, para completar la analogía, los trastornos motores se generalizan en la pseudo-parálisis general sífilítica cuando llega á este punto de su evolución (*parálisis sífilítica generalizada*) (Mairret). La depauperación y decadencia física se presentan, y la muerte no tarda en sobrevenir en un estado de marasmo profundo, á consecuencia de una infección cualquiera, supuración de escaras, neumonía bastarda ó de resultas de un verdadero brote de meningoencefalitis aguda secundaria, acompañada de fiebre.

III. Las *parálisis motoras*, consecutivas á alteraciones primitivamente *corticales* de la sífilis, se distinguen por las particularidades siguientes:

Se desarrollan lentamente por lo común y no llegan á ser completas. Algunas veces, no obstante, aparecen inmediatamente después de un acceso de epilepsia, pero nunca se las ve suceder á un ictus apoplético, como ocurre con las parálisis cerebrales de origen vascular. Las parálisis *parciales* en forma de *monoplejías*, comprendiendo el brazo, la cara ó la pierna, son muy frecuentes en la sífilis cortical. Son más bien que parálisis, *paresias*, una simple debilidad, una sensación de pesadez en un miembro. A los fenómenos paralíticos suelen acompañar, de un modo precoz, una exageración notable de los reflejos tendinosos, y aun á menudo, cierto grado de contractura permanente. Estos fenómenos espasmódicos, dependientes de la irritación cortical, no indican siempre, en este género de casos, la degeneración descendente de los haces motores correspondientes. Debemos añadir, que las parálisis en el territorio de los nervios cerebrales no se encuentran en los cuadros clínicos de estas lesiones corticales. Cuando la cara está interesada, el territorio del facial superior queda libre, á la manera como sucede en las parálisis cerebrales.

Los *trastornos de la palabra*, frecuentes cuando la cara está paralizada, son ante todo fenómenos de orden motor. La inaptitud motora de la lengua y de los labios produce la palabra lenta y vacilante, embarazo al hablar y una verdadera anarthria en los casos avanzados; pero la afasia verdadera es rara, y cuando existe, pasajera. Sin embargo, se ha observado la afasia permanente y definitiva, típica, con agrafia, en relación con las meningitis sífilíticas localizadas en los centros psico-motores. Cuando el síntoma afasia se encuentra completo y dependiente de una lesión que interesa los centros del lenguaje, puede presentarse asociado á la *hemiplegia derecha* y á la *epilepsia cortical* (Bourceret y Cossy, 1873, Francesco, 1893). Un tal síndrome es bastante significativo como representante de la localización cortical.

Todos estos fenómenos de orden paralítico están íntimamente ligados á los diversos accidentes cerebrales que hemos estudiado ya, y entre éstos, princi-

palmente á los trastornos psíquicos. En oposición á la fijeza de las parálisis que dependen de las lesiones vasculares, estos fenómenos son notables por sus variaciones.

MARCHA, TERMINACIÓN DE LA SÍFILIS CEREBRAL.—PRONÓSTICO

No se pueden formular respecto á la evolución clínica de la sífilis del cerebro, considerada en su conjunto, más que consideraciones generales.

Desde luego, es perfectamente legítimo distinguir diversos tipos clínicos y designarlos por el síntoma predominante en cada uno de ellos, teniendo en cuenta que la aplicación del nombre se hace en los períodos primeros de la evolución morbosa, y ateniéndose á este concepto, es fácil comprender las formas epiléptica, mental, paralítica, admitidas por los autores (Fournier). En un estado avanzado, estos diferentes tipos muestran indiscutible tendencia á unificarse por llegar todos á la degradación general y progresiva de la totalidad de las funciones del cerebro. Esto se aplica, en particular, á las neoplasias que interesan la superficie del cerebro.

En segundo lugar, la intervención terapéutica es capaz de producir un cambio considerable en el encadenamiento de estos accidentes progresivos. En las neoformaciones corticales, sobre todo, esta influencia se aprecia bien. La epilepsia sintomática y las parálisis incompletas que la acompañan presentan, en este concepto, la mayor suma de probabilidades favorables. Hay más aún, se han visto curar vesanias caracterizadas, accidentes comatosos de la mayor gravedad y estos hechos justifican bien la frase de Ricord: «en la sífilis, todo es posible que se cure, aun lo imposible».

Otras veces y, sobre todo, cuando la enfermedad no se ha tratado hasta un período avanzado, los resultados son menos brillantes: se consigue solo una curación incompleta, y el enfermo queda valetudinario psíquica y cerebralmente.

Estas curaciones incompletas pueden ser permanentes, pero á menudo no son más que períodos de *remisión*, y el tratamiento específico no tiene por resultado en estos casos más que hacer discontinua la evolución de la enfermedad sin atajarla. Después de meses y de años, los accidentes convulsivos, los trastornos psíquicos vuelven de repente. Estas recidivas son de malísimo pronóstico, porque, por lo general, el tratamiento específico no tiene sobre ellas una acción tan enérgica como sobre los primeros accidentes.

Finalmente, la más completa falta de resultados terapéuticos puede observarse, aun en aquellos enfermos en que todas las condiciones favorables parecen reunidas para proporcionar un éxito terapéutico. En este caso el pronóstico puede hacerse rápidamente muy grave, sobre todo en la epilepsia sintomática, cuya evolución natural es la de producir crisis cada vez más próximas y terminar por accesos en serie ó en un coma mortal; algunas veces, en el espacio de pocas semanas á pocos meses. El pronóstico es también muy funesto en las formas mentales que se caracterizan desde el principio por una marcha rápida hacia la demencia. En resumen, y no obstante los brillantes éxitos logrados con la terapéutica, y aunque bastantes lesiones si-

filíticas del cerebro sean como se ha dicho muy exactamente (Lancereaux) menos graves en igualdad de circunstancias que las lesiones cerebrales de otra naturaleza (tubérculos, tumores), hay que convenir, teniendo en cuenta lo que ya hemos expuesto en que la sífilis cerebral, entraña un pronóstico muy sombrío. La terminación fatal puede producirse brutalmente como consecuencia de una agravación rápida ó repentina de algunos accidentes cerebrales, como el estado de mal epiléptico, un acceso maniaco sub agudo, un ataque de apoplejía causado por la rotura de una arteria cerebral, ó bien uno de esos estados comatosos de los cuales ya hemos hablado. Otras veces la muerte es el término de una decadencia progresiva, análoga á la de la parálisis general.

DIAGNÓSTICO.—En las manifestaciones múltiples que acabamos de ir revisando, no hay una sola que sea absolutamente patognomónica de la sífilis. Después de haber indicado, al tratar de cada una de ellas, las particularidades dignas de ser tenidas en cuenta para el diagnóstico, resumiremos las consideraciones generales que deben guiar al clínico:

1.º *Importancia del período prodrómico.*—Recordemos tan solo que la cefalea figura entre los antecedentes, en más de tres cuartas partes de casos.

2.º *Significación de algunos síntomas particulares.*—Se relacionan estos con las localizaciones habituales de las lesiones sífilíticas en la base del cerebro; y son *parálisis de los nervios craneales*, y particularmente las de los nervios motores del ojo.

3.º *Manifestaciones en relación con la forma diseminada de las lesiones sífilíticas.*—Hemos tenido ocasión muchas veces de indicar ciertas asociaciones sintomáticas, que por sí solas son ya indicios que deben hacer sospechar la existencia de la sífilis: tales son la epilepsia parcial y los trastornos oculares; las parálisis de los ojos, asociados á los trastornos mentales, á la hemiplegia, á las parálisis parciales de los miembros; la coexistencia de una afección medular.

4.º *Evolución de la enfermedad.*—De un modo general, la sífilis cerebral no tiene la evolución fatalmente progresiva propia de un gran número de otros diferentes procesos (tuberculosis, tumores malignos, parálisis general). La sífilis es esencialmente una enfermedad *episódica* que procede por brotes, entre los cuales pueden observarse intervalos de tregua completa. Esta consideración es aplicable, sobre todo, á las neoplasias meníngicas.

5.º *La prueba terapéutica*, en fin, puede ser un gran recurso; pero para que se tenga derecho de adjudicarla valor diagnóstico, es preciso que los resultados favorables aparezcan bien definidos, y no se repetirá nunca lo bastante, que los diagnósticos de la sífilis cerebral, fundados *exclusivamente* en la terapéutica, no deben ser, por regla general, aceptados, sino con la mayor reserva.