

rio, Oppenheim ha observado una meningitis cerebro-espinal muy extensa en la autopsia de una mujer sífilítica desde hacía siete años.

La sífilis cerebral es, de una manera general, una complicación del período terciario. Se la encuentra, sobre todo, del tercero al décimo octavo año; la hemiplegia por arteritis, del sexto al décimo (Fournier). Por el contrario, la sífilis de la médula aparece de una manera precoz, en la mayor parte de los casos. Los hechos de Gilbert y Lion, Erb, Goldflam, etc., demuestran que casi todos los casos se observan en el curso del primero y segundo año: los más precoces (seis meses, tres meses) parecen los más graves.

TRATAMIENTO. — Las complicaciones nerviosas de la sífilis exigen, de entre todos los tratamientos, uno *intensivo* y *precoz*. Las probabilidades de éxito son tanto mayores, cuanto antes se interviene. Así es, que los accidentes precursores, las cefaleas, los fenómenos meningíticos, ceden al tratamiento en el mayor número de casos, en tanto que los síntomas ulteriores en relación con la desorganización más ó menos profunda del tejido nervioso, son mucho más rebeldes, y aun algunas veces no son nada modificados.

En lo que se refiere á la sífilis cerebral confirmada, la acción de la terapéutica se muestra más potente, en igualdad de condiciones, en la epilepsia sintomática, en las parálisis aisladas de los nervios craneales, que en las formas mentales, en las hemiplegias de origen vascular.

De un modo general, las lesiones medulares parecen mucho menos accesibles al tratamiento antisifilítico que aquellas que atacan al cerebro. En particular, las paraplegias cuyo desarrollo es rápido, es acompañado de escaras por decúbito y resisten á menudo á la medicación más enérgica. El pronóstico de las meningitis espinales es mucho más favorable desde este punto de vista.

Se debe recurrir al *tratamiento mixto*. Fournier da la preferencia al siguiente modo de administración: al interior, ioduro potásico, á la dosis media de 5 gramos; al exterior, fricciones mercuriales con 5 gramos de unguento mercurial, que se aumentará progresivamente hasta 10 por día. Este tratamiento debe ser continuado largo tiempo, y no conviene sea abandonado definitivamente ni aun después de haberse obtenido la curación. Se tendrá cuidado de procurar intervalos de reposo y de alternar las dos medicaciones antisifilíticas, á fin de evitar el hábito.

Es de rigor colocar los enfermos en las mejores condiciones de higiene posible, sustraerlos á toda especie de preocupación moral, á todo trabajo físico ó intelectual; preceptos que deben ser observados como medidas preventivas contra los accidentes nerviosos por los sífilíticos que sean á ellos pre-dispuestos.

#### Localizaciones cerebro-espinales de la sífilis hereditaria.

Las lesiones de la sífilis hereditaria atacan los centros nerviosos en una proporción bastante elevada (13 por 100) (Rumpf); se conocen también las complicaciones cerebro-espinales de la sífilis hereditaria tardía. Encontramos aquí, sin excepción, las mismas variedades anatómicas que en la sífilis adquirida,

desde la paquimeningitis, hasta la arteritis de Heubner, con los reblandecimientos consecutivos. La *multiplicidad habitual de las lesiones* caracterizaría la sífilis hereditaria (Rumpf). Ejemplo la observación de Dowse (New York, 1879), que encontró en la autopsia de una muchacha de diez años una sífilis meningo-cerebral en la región parietal, tres gomas en la convexidad de los hemisferios, esclerosadas las arterias de la base é infiltrados el quinto y séptimo par nerviosos. La misma variedad en un caso de Gräfe, que se refiere á un niño de dos años: meningitis con atrofia de las circunvoluciones, reblandecimiento cerebral, atrofia del segundo y tercer par. Estas lesiones específicas son congénitas ó se desarrollan durante los primeros meses de la vida, y pueden engendrar anomalías dependientes de su desarrollo, como la *hidrocefalia*, por dificultad circulatoria; la *atrofia simple de las circunvoluciones*, por insuficiencia de nutrición, etc. Por otra parte, la observación demuestra que la sífilis adquirida por herencia no limita nunca sólo á los centros nerviosos los desórdenes anatómicos que engendra; limitación que algunas veces tiene origen en el adulto. No sólo las lesiones específicas (hepatitis, osteítis, sífilides cutáneas), propiamente hablando, se encuentran por lo general en la sífilis hereditaria, sino también deformaciones de orden teratológico (craneales, dentarias, etc.), de las cuales la sífilis no es más que la causa indirecta.

Entre los niños con sífilis hereditaria que presentan en la autopsia lesiones de los centros nerviosos, hay algunos que después de haber vivido algunos días ó semanas en un estado de debilidad extrema, han muerto sin haber presentado la menor manifestación nerviosa. En otros, la muerte es precedida de accidentes cerebrales graves, y en particular de *convulsiones repetidas*.

Algunas veces la salud es normal durante los primeros meses y después aparecen bruscamente, precedidos ó acompañados de manifestaciones sífilíticas externas, fenómenos análogos á los de la *sífilis cerebral en el adulto*. Tal fue el caso de un niño de quince meses observado por Chiari (*Wiener-med. Woch.*, 1881); hacia el octavo mes apareció una parálisis del motor ocular izquierdo, seguida bien pronto de una parálisis facial derecha, después de hemiplegia acompañada de accesos epileptiformes. En otro caso (Siemerling), el principio de los accidentes fue marcado por un ictus seguido de hemiplegia derecha y pérdida de la palabra á la edad de cuatro años; más tarde el niño perdió la vista, se volvió sordo, presentó ataques epileptiformes, parálisis múltiples de los nervios cerebrales y sucumbió á la edad de doce años. La autopsia permitió ver una neoplasia muy extensa de la base, que englobaba los vasos, los nervios cerebrales y se prolongaba por la protuberancia y el bulbo.

En los niños que viven con tales accidentes, las *funciones intelectuales* están comprometidas de una manera constante. Se observan todos los grados, desde la decadencia intelectual ligera, hasta el *idiotismo é imbecilidad* (Fournier).

Mas rara vez la sífilis cerebral hereditaria aparece en una época mucho más tardía: á los diez años en el caso de Dowse, á los doce en uno de Bury (*Brain*, 1883).

El *pronóstico* es todavía más grave que el de la sífilis cerebral del adulto, no sólo por efecto de las perturbaciones producidas por la enfermedad en el desarrollo cerebral, sino también en razón de la multiplicidad de las localizacio-

nes, que parece caracterizan la forma hereditaria. Las afecciones sifilíticas hereditarias de la médula se conocen mucho peor. Jürgens ha encontrado una paquimeningitis espinal en dos casos de sífilis cerebro-espinal congénita. Bartels encontró un goma que comprimía la médula, en un niño que había presentado una parálisis de los cuatro miembros. Fournier y Laschkewitz, han señalado la existencia de exostosis vertebrales.

FIN DEL TOMO SEXTO

**BIBLIOTECA**  
FAC. DE MED. U.A.N.L.

**ÍNDICE DE MATERIAS**

**ENFERMEDADES DEL ENCÉFALO**

(M. A. Brissaud. — Rafael Uccia).

**PRIMERA PARTE**

**ENFERMEDADES DEL HEMISFERIO CEREBRAL**

<b>CAPÍTULO PRIMERO. — Localizaciones cerebrales</b> .....	1
Centros reflejos y formación de imágenes.....	3
Topografía de las localizaciones cerebrales.....	9
Historia.....	9
Experimentación.....	10
Compensaciones funcionales.....	11
Localizaciones corticales; centros motores determinados por las lesiones destructoras.....	11
Efectos de las lesiones irritables.....	17
Localizaciones sensitivas.....	17
Sensibilidades especiales.....	19
Olfato y gusto.....	19
Audición.....	20
Centros corticales del lenguaje.....	21
Inteligencia.....	23
Localización en el centro oval.....	23
Localización en la cápsula interna.....	23
Centros térmicos.....	25
Centros de los esfínteres.....	26
Lesiones de los pedúnculos y de la protuberancia.....	26
Síndromes cerebrales.....	28
<b>CAPÍTULO II. — Apoplejía</b> .....	28
Ataque.....	29
Desviación conjugada de la cabeza y de los ojos.....	30
Modificaciones térmicas y tróficas.....	30
Patogenia de los síntomas apopléticos.....	32
<b>CAPÍTULO III. — Hemiplejía</b> .....	33
Consideraciones anatómo-fisiológicas.....	33
Descripción del síndrome hemipléjico.....	35
Hemiplejía cerebral ordinaria.....	35
Complicaciones.....	41
1.º Temblores post-hemipléjicos, propiamente dichos.....	43
2.º Hemiataxia. — Hemicorea. — Hemiatetosis.....	43