

veniente grave que debe hacernos desecharlas, á lo menos antes de haber empleado los demás remedios conocidos.

Jobert (1) ha propuesto la *cauterizacion trascurrente*, medio con el cual este autor ha conseguido curaciones completas. No hay duda de que tiene una gran eficacia, pero asusta á los enfermos, y así, solo debe recurrirse á su uso cuando la parálisis sea muy rebelde.

Naturalmente se habia de proponer el uso de la *estricnina* contra esta parálisis, y como la afeccion parece puramente local, se ha administrado esta sustancia por el método endérmico. Así, pues, sobre la superficie del vejigatorio desprovista de epidermis, se aplican de 1 á 3 ó 4 centigramos (de  $\frac{1}{5}$ ,  $\frac{3}{5}$  á  $\frac{4}{5}$  de grano) de *estricnina*, aumentando la dosis con precaucion. Al médico toca juzgar, en vista de los efectos, de la necesidad de este aumento, y ver si debe pasarse de la dosis que acabamos de indicar.

La *electricidad* es otro de los medios que con mas frecuencia se han empleado; pero no volveremos á ocuparnos de su modo de aplicarla tantas veces repetido. El aparato de los hermanos Breton, es muy á propósito para este objeto; pero los procedimientos de Duchenne, de Boloña, son superiores y con mucho á todos los demás. Segun Castara (2), conviene colocar el polo positivo de la pila en la superficie interna de los carrillos y el negativo á la salida del nervio. Sería necesario hacer esperimentos comparativos que fijasen definitivamente el valor de este modo de aplicarla. Resulta de las investigaciones de Montault, que no se debe esperar demasiado para recurrir á este medio, porque sus efectos son tanto mas manifiestos, cuanto mas reciente es la enfermedad.

Un hecho singular que han indicado Pichonniere y Bottu Desmoriere, es la accion especial del ácido con que se carga la pila. Segun estos autores, el ácido nítrico escita la motilidad, y por consiguiente, á él debe recurrirse en los casos de que nos estamos ocupando; pero son necesarios nuevos esperimentos que nos hagan apreciar estas aserciones en su justo valor. La *electropuntura* hace mas enérgica la accion del fluido eléctrico.

Se ha citado en apoyo de cada uno de los medios que acabamos de indicar, cierto número de casos de curacion en los que ha parecido evidente su accion favorable; pero falta todavía por hacer un trabajo interesante. Sería muy útil que se averiguase cuáles de estos medios tienen mayor eficacia, y que se examinase tambien si hay algunos que convengan mas que otros á ciertos casos particulares. Es imposible hallar en las observaciones que conocemos, elementos suficientes para resolver este problema terapéutico, que se reproduce en el tratamiento de casi todas las enfermedades, y que tan rara vez se ha estudiado. Además, en la esposicion que acabamos de hacer, hemos

(1) Jobert, *Études sur le système nerveux*. París, 1833.

(2) Castara, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1835.

procurado seguir el orden por grados del tratamiento, pasando de los medios mas suaves á los mas enérgicos.

Añadimos, que se debe *investigar con cuidado si el enfermo no está anémico*. En efecto, hemos visto casos, en los cuales no produjeron efecto los medios mas enérgicos, y la electricidad en particular, en tanto que no se prescribieron los *ferruginosos*. Administrado el hierro, se observó primero una mejoría evidente, y despues obraron con rapidez los medios de que acabamos de hablar.

Hasta se ha llegado á practicar la *seccion de los músculos* (1) del lado opuesto á la parálisis; pero á nadie se le ocurrirá imitar semejante práctica.

*Tratamiento de la parálisis del nervio facial en los recién-nacidos*. En los casos que hasta ahora se han observado, la parálisis facial de los recién-nacidos no ha exigido ningun medio de tratamiento, y se ha disipado por sí misma al cabo de un tiempo variable que mas arriba hemos indicado. El doctor Landouzy aconseja que se evite al ojo la impresion de una luz demasiado viva, que se favorezca la succion que debe ser mas ó menos difícil, dando el pecho al niño una nodriza cuyo pezon esté bien formado, y finalmente, que se procure que el niño no lllore. Nos parece que esta última precaucion es el resultado de un temor exagerado; pero respecto á las demás, es innegable su utilidad.

Ya se concibe que si la parálisis facial de los recién-nacidos no dependiese de la compresion que ha ejercido el forceps, sino de la misma causa que produce la hemiplegia facial idiopática en los adultos, se deberia recurrir á algunos de los medios anteriormente indicados, proporcionándolos á la edad del enfermo: así, pues, se usarán las fricciones irritantes y los vejigatorios ambulantes pequeños; pero esta no pasa de una simple prevision, pues, como hemos dicho, no hay absolutamente ningun ejemplo de semejante parálisis en los niños pequeños.

Quedan los casos en que la parálisis del nervio facial es consecutiva á una lesion orgánica. Claro está que lo que entonces debe combatirse principalmente, es la enfermedad que ha dado origen á la lesion profunda del nervio; pero estos casos son casi siempre superiores á los recursos del arte.

Por último, debemos recordar los hechos en que la afeccion ha cedido á un *tratamiento antisifilitico*. Estos casos prueban que nunca debe descuidarse el averiguar los antecedentes del enfermo, respecto á este punto. En cuanto al modo de dirigir este tratamiento, es demasiado conocido, y sería supérfluo indicarle aquí. ¿Habria en los casos á que aludimos alguna lesion del hueso, una exóstosis próxima al nervio que interrumpia sus funciones? No ha sido posible averiguarlo.

(1) Véase *Hannover Annalen*, t. I, 1841.

## ARTÍCULO IX.

## PARÁLISIS GENERAL.

## § I.—Consideraciones generales.—Ojeada histórica.

El estudio de la parálisis general pertenece á nuestra época. Las primeras nociones todavía vagas y mal determinadas, se remontan á John Haslam (1798); pero esta enfermedad tomó muy luego puesto en el cuadro nosológico, bajo la pluma de nuestros mas distinguidos *alienistas*, y no tardó en conocerse en lo que tiene de fundamental.

La parálisis general, estudiada en los asilos de los enagenados, para reconocerse desde el principio, necesita manifestarse con rasgos ya bien acentuados. Por lo tanto, las primeras manifestaciones pasaban desapercibidas en general á la observacion, y no se veia muchas veces en una parálisis general incipiente, sino una de las formas de la locura, acompañada mas tarde de parálisis. Hé aquí por qué Esquirol (1), Georget (2) y Delaye (3), han hecho de la parálisis general una complicacion de la locura.

Bayle (4) consagra ya en 1822 la idea de entidad morbosa, y en 1826 creó, hasta cierto punto, la parálisis general é hizo de ella una *enfermedad primitiva* que empieza de buenas á primeras.

En la misma época, Calmeil (5) publica su excelente monografía en la que se encuentra tambien la idea de complicacion.

Algunos años despues, las investigaciones de Parchappe (6) suministran datos mas completos á la anatomía patológica. Este autor reconoce una especie de enagenacion mental distinta de todas las demas, que llama *locura paralítica* y que considera como enfermedad primitiva; pero admitiendo, por otra parte, que puede sobrevenir despues de *una larga duracion de la locura simple*, y tambien en los enfermos *atacados de demencia de mucho tiempo atras*. Se ve, pues, que la considera todavía como una complicacion.

(1) Esquirol, *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, 1805.—*Memoire sur la démence*, 1814.—*Des maladies mentales*, 1838.

(2) Georget, *De la folie*, 1820.

(3) Delaye, *Thèse sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés*, 1824.

(4) Bayle, *Thèse sur l'arachnitis*, 1822.—*Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*. Paris, 1826.

(5) Calmeil, *De la paralysie, considérée chez les aliénés*, 1826.

(6) Parchappe, *Des altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale*, 1838.—*Traité théorique et pratique de la folie*, 1841.

Tal era el estado de la ciencia en esta época, en que influian, por lo general, los escritos y preceptos de Esquirol; habiendo resistencia á separar la parálisis general de la locura.

Rechazando la idea de complicacion, Baillarger (1) demuestra la importancia de los trastornos de los movimientos y hace, como Bayle, de la parálisis general, una enfermedad primitiva.

Inmediatamente despues, Requin (2) y Lunier (3), cambiando el campo de observaciones, buscan nuevas luces en los hospitales ordinarios. En estos se encuentran principalmente enfermos, cuyas lesiones mas aparentes, son las del movimiento, por lo cual vemos que Requin admite dos formas de parálisis progresiva, una con enagenacion y otra sin ella, en la que la debilitacion de la inteligencia, poco marcada todavía, pasa desapercibida fácilmente (4).

Lunier indica casos, en los cuales los trastornos de la motilidad se presentan solos en un principio, y van seguidos mas tarde de delirio.

Esta opinion obtuvo la sancion de Baillarger; pero este sabio alienista indica claramente, que no hace de los trastornos motores el único elemento característico, y que jamás ha admitido, dice, parálisis general, sin lesion de la inteligencia (5).

Otros autores, aunque partiendo de puntos de vista diferentes, llegan á la misma conclusion. Así es, que Julio Falret (6) en su tesis, despues de haber concedido la preminencia al delirio que constituye el fenómeno mas notable, añade: «Pero poco importa que un síntoma preceda al otro en la evolucion de la enfermedad, si está demostrado que están íntimamente ligados como espresion de un mismo estado morboso, y si la existencia de uno con sus caracteres especiales, basta para prever la produccion ulterior del otro» (7).

Estas diferentes opiniones, fundándose sobre hechos secundarios, tuvieron la ventaja de hacer apreciar en su justo valor los diversos grupos de síntomas que constituyen la parálisis general. Por otra

(1) Baillarger, *Annales médico-psychologiques*, 1847.

(2) Requin, *Elements de pathologie*, t. II, p. 90.

(3) Lunier, *Annales médico-psychologiques*, 1849.

(4) No basta mencionar una opinion que se encuentra, primero en Sandras (*Traité pratique des maladies nerveuses*, t. II, 1851), tomada y adoptada por Briere, de Boismont (*Supplément du Dictionnaire des Dictionnaires*, p. 596, 1851), y Duchenne, de Boulogne (*Ann. médico-psycholog.*, 1850), que consiste en admitir dos especies de parálisis general, una sin enagenacion (parálisis espinal), en la cual está abolida la contractilidad electro-muscular, y la otra con enagenacion (parálisis cerebral), en la cual se conserva la contractilidad electro-muscular. La observacion exacta de los hechos, no permite conservar en el cuadro de la enfermedad que nos ocupa, esas parálisis generales progresivas sin enagenacion mental, en ningun periodo de su evolucion.

(5) Baillarger, *Annales médico-psychologiques*, 1859, p. 287.

(6) J. Falret, *Recherches sur la folie paralytique*, thèse, 1853.

(7) J. Falret, *loc. cit.*, p. 17.

parte, muy luego se ha observado la tendencia marcada de los *alienistas* á adherirse á la doctrina que hace de la parálisis general una entidad morbosa, una enfermedad *una é idéntica*, que tiene sus caracteres bien marcados (1).

La literatura extranjera ofrece pocos documentos que puedan ilustrar este estudio, porque los autores han experimentado por lo general la impulsión recibida de Francia.

Pero los progresos de la anatomía patológica, prestan todos los días un nuevo apoyo á la doctrina de la entidad morbosa de la parálisis general. Calmeil (2) y Parchappe, demuestran lesiones bien determinadas, que los estudios histológicos de Salomon (3), Rokitansky y Virchow (4) han permitido proseguir de una manera mas precisa.

En fin, los resultados suministrados por el estudio anatómo-patológico de algunos hechos, en los cuales se vé ciertas enfermedades de la médula propagarse hácia el cerebro y determinar la parálisis general, han permitido á Magnan (5) indicar una nueva vía á las investigaciones anatómicas en la parálisis general, y apreciar mejor, segun veremos, el modo patogénico de esta enfermedad.

## § II.—Definición, sinonimia y frecuencia.

La parálisis general, *meningitis crónica* (Bayle) *periencefalitis crónica difusa* (Calmeil), *locura paralítica* (Parchappe) y *parálisis general progresiva* (Requin), es una enfermedad que tiene un conjunto de lesiones bastante constantes y caracterizadas sintómicamente, por trastornos del movimiento y de la sensibilidad, por una demencia y un delirio variable, pero con frecuencia de naturaleza ambiciosa ó hipocondriaca.

Esta enfermedad se hace mas frecuente todos los días; no como se podría creer, porque siendo mejor estudiada pasen desapercibidos pocos hechos, sino mas bien, porque como veremos, se han hecho mucho mas frecuentes las condiciones favorables á su desarrollo.

## § III.—Causas.

1.º *Causas predisponentes.*—*Herencia.*—La influencia de esta causa, que domina la patología de la locura, interviene igualmente

(1) Moreau (de Tours), *Ann. médico-psycholog.*, 1850.—Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, 1862, p. 415.

(2) Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. 1859.

(3) Salomon, *Ann. médico-psycholog.*, 22 Abril 1863.

(4) Virchow, *Pathologie cellulaire*, trad. Picad. París, 1866.

(5) Magnan, *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la paralysie générale*, 1865. (Inédit.).

en la producción de la parálisis general. Calmeil cree, que se debe elevar hasta  $\frac{1}{3}$  la proporción de los casos en que se manifiesta la influencia hereditaria. Le ha sorprendido la diferencia considerable que hay entre el número de hombres paralíticos y el de mujeres, sobre todo, en la clase acomodada.

Parchappe, en una relación de 86 paralíticos, ha encontrado 70 hombres y 16 mujeres.—Calmeil, en 82 casos, 73 eran hombres y 9 mujeres. En Stephansfeld, de 1835 á 1852, la proporción de los paralíticos relativamente al número de enagenados, era de uno á seis en los hombres y de uno á 26 en las mujeres.

Magnan, interno en la Bicêtre, hizo en el mes de Marzo de 1864 el estado de los paralíticos de la segunda sección de los enagenados: de 286 enfermos, encontró 113 atacados de parálisis general. En Julio de 1865, hizo en la Salpêtrière un estado comparativo y de 900 mujeres enagenadas (2.ª, 3.ª y 5.ª secciones), ha comprobado que 96 estaban atacadas de parálisis general. El diagnóstico se ha revisado y anotado con cuidado en todos estos casos.

Así es que, mientras que los hombres paralíticos están en la proporción enorme de *cuarenta por ciento* (39,5), las mujeres lo están en la proporción un poco mas de un *diez por ciento* (10,66).

La diferencia se hace todavía mucho mayor, cuando la estadística pertenece únicamente á enfermos que corresponden á la clase rica. Por lo mismo, Baillarger en una anotación del *Traité de las enfermedades mentales* de Griesinger, dice (p. 468): «Esta cuestión de la frecuencia de la parálisis general en los hombres y en las mujeres, no »podría juzgarse por las estadísticas de los asilos, á los cuales van las »mujeres de las clases pobres. En efecto, la enfermedad es muy poco frecuente en las mujeres de la clase rica y muy comun en las de »clase pobre de las grandes poblaciones: ateniéndose á estas últimas, »se tendría, pues, una proporción bastante elevada, pero que sería »muy diferente en los asilos consagrados á los enfermos ricos. La »razón de esta diferencia solo puede encontrarse en el género de vida, ocupaciones, régimen, etc.»

*Edad.*—La parálisis general es una enfermedad de los adultos. Calmeil jamás la ha visto desarrollar en individuos de menos de veintidos años (1); siendo de cuarenta y uno el término medio de la edad de los hombres, cuya observación ha referido y de treinta y ocho y siete meses la de las mujeres, al principio de su enfermedad. Para Parchappe, el término medio de la edad de los hombres, es de cuarenta y cuatro años, y cuarenta y dos la de las mujeres.

Marcé, en un estado de 300 hechos recogidos en Bicêtre, los repartió respecto á las edades, de la manera siguiente: de veintiseis á treinta años, 22 casos; de treinta y uno á treinta y cinco, 55 casos; de treinta y seis á cuarenta, 67 casos; de cuarenta y uno á cuarenta

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 476.

y cinco, 56 casos; de cuarenta y seis á cincuenta, 44 casos; de cincuenta y uno á cincuenta y cinco, 24 casos; de cincuenta y seis á sesenta, 25 casos; de sesenta y uno á sesenta y cinco, 3 casos; de sesenta y seis á setenta, 4 casos (1).

Resulta, pues, de los estados de Calmeil, Parchappe y Marcé, que la parálisis general se encuentra lo mas comunmente de los treinta y cinco á los cuarenta y cinco años.

Relativamente á los *climas*, basta observar que su influencia es mas aparente que real, puesto que las diferencias dependen el mayor número de veces de un diagnóstico equivocado.

2.º *Causas ocasionales*.—Las causas *morales*, los trabajos *mentales* y las fatigas intelectuales excesivas, son otras tantas causas ocasionales; pero las que dejan sentir mas su influencia, dependen de ciertos hábitos y de ciertas profesiones.

Calmeil indica el número considerable de paralíticos en Charenton procedentes del ejército de Africa: atribuye estos accidentes á los hábitos alcohólicos de los militares en las últimas campañas.

Tambien es menester contar entre estas causas, la vida de café, la existencia particular de los hombres de bufete, privados de ejercicio y confinados en un medio con frecuencia estrecho, en donde se respetan poco las reglas de la higiene. Las profesiones que exigen la permanencia habitual cerca de los fogones (cocineros, panaderos, cerrajeros, etc.) Las causas físicas, tales como golpes, caídas sobre la cabeza, la influencia de erisipela del cuero cabelludo (Baillarger), ciertas enfermedades del corazón, la supresión del flujo hemorroidal, y en una palabra, todas las causas que provocan estados congestivos hácia la cabeza.

Baillarger (2) ha indicado la influencia de la pelagra.

Las intoxicaciones saturninas y mercuriales, se han considerado como causas ocasionales.

En algunos casos, la sífilis parece haber sido la causa primera de la parálisis general. Los focos de reblandecimiento y los hemorrágicos, pueden ser punto de partida de la lesión, que mas tarde invade todo el encéfalo; pudiendo determinar tambien la parálisis general ciertas enfermedades de la médula, propagándose hácia el cerebro (Magnan).

#### § IV.—Lesiones anatómicas.—Patogenia.

Sería interesante exponer la anatomía patológica, siguiendo el orden cronológico, porque de esta manera podriamos seguir sus pro-

(1) Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, p. 471.

(2) Baillarger, *De la paralysie générale chez les pellagreaux* (*Annales médico-psychologiques*, 1849).

gresos sucesivos debidos á infatigables y perseverantes esfuerzos; pero habria que entrar en detalles demasiado estensos que corresponderian solamente á un tratado especial. Por lo mismo, será necesario limitarse á la enunciaci6n de las diversas lesiones que acompañan á la parálisis general, insistiendo, no obstante, sobre aquellas que se presentan mas habitualmente.

Los tegumentos del cráneo y los huesos, no ofrecen alteraciones determinadas en la parálisis general. Cuando la enfermedad tuvo una duracion un poco larga, y en especial, cuando han sobrevenido congestiones repetidas, se encuentra por lo comun un engrosamiento de la piel y de las paredes craneanas, que se presentan tambien mas resistentes. Estos tejidos se hallan muy hiperemiados en los casos bastante numerosos, en que los enfermos sucumben á una congestión.

El engrosamiento de la dura madre y las adherencias de esta membrana á la bóveda del cráneo, se presentan tambien algunas veces en la parálisis general. Basta mencionarlos.

La aracnoides está mas densa y pierde una parte ó tambien la totalidad de su transparencia. Está opalina, grisácea ó blanquecina; algunas veces de una manera uniforme y el mayor número desigualmente; viéndose en diferentes puntos de la superficie, pequeñas exudaciones bajo la forma de granulaciones, mas pronunciadas ordinariamente al nivel de las cisuras de Silvio y á lo largo del borde superior de los hemisferios. Estas granulaciones aracnoideas indicadas por Bayle, se presentan, sobre todo, en la parálisis general; pero se encuentran tambien en otras enfermedades del cerebro y en particular en la demencia senil.

La pia madre, tan pronto se halla muy inyectada, de un rojo vivo y surcada de vasos turgescientes, como pálida, grisácea, engrosada é infiltrada de serosidad; presentando á lo largo de los vasos un poco voluminosos, rastros blanquecinos y algunas veces pequeñas manchas opacas análogas á los exudatos de la aracnoides. Su consistencia mayor, la hace mas sólida, mas resistente y en vez de levantar por la tracci6n pequeñas porciones, se desprende, por el contrario, por anchos colgajos. Su *adherencia* á la capa cortical, casi nula en estado normal, presenta grados variables en la parálisis general, y en el mismo cerebro, segun las regiones en que se examine. En la parte media de los hemisferios y sobre todo al nivel de las astas occipitales, la lesión está por lo general, menos avanzada. Tirando de la meninge, se la ve desprender, pero resistiendo un poco; parece ligeramente pegada y hace creer casi en la presencia de un cuerpo viscoso y glutinoso interpuesto entre las dos superficies cerebrales y meníngeas: la membrana *agarra*, como dice Calmeil, á la sustancia nerviosa cortical; y se ven romper una serie de pequeños filamentos (capilares, tractus fibrosos), interpuestos entre las superficies, á medida que se separan una de la otra. Hácia los l6bulos fron-

tales se pegan de una manera cada vez mas íntima, y muy luego se comprueba una *soldadura de enfermedad* entre la pia madre y el cerebro, que no permite tampoco la ablacion de la meninge, sin traer consigo una porcion de la capa cortical que se adhiere á la membrana, como una especie de forro.

Puesta al descubierto la superficie cerebral, presenta en general, un punteado rojizo en los sitios en que se *agarraba* la pia madre; fuera de aquí, en las partes en que la adherencia es mayor, se ven simples erosiones rojizas, tapizadas de pequeños penachos vasculares.

En las partes, en fin, (astas frontales, en la mayoría de casos) cuya lesion esté mas avanzada, se encuentran en las circunvoluciones, superficies escoriadas, profundas, ásperas, irregulares, rojas, dando sangre, mas ó menos reblandecidas, en una palabra, verdaderas *ulceraciones*.

Estas adherencias y estas ulceraciones tienen un gran valor, y algunos autores hicieron tambien de ellas la lesion característica de la parálisis general (Calmeil, Marcé).

En los casos en que faltan estas lesiones, es necesario examinar con cuidado el estado de las membranas, porque la falta ó la presencia poco marcada de estas lesiones, puede explicarse por el edema concomitante de las meninges, por lo cual no dejan de conservar todo su valor.

En efecto, se puede disminuir en el cadáver el grado de estas lesiones y hacerlas tambien desaparecer, cuando no estén muy adelantadas, inyectando agua en la carótida y la yugular internas de un lado: con esto, las meninges del lado correspondiente se infiltran de líquido, y cuando se abre el cráneo, puede uno convencerse, levantando las meninges de los dos hemisferios, que las lesiones son menos marcadas del lado inyectado (Magnan). El fenómeno que se produce artificialmente de este modo, puede producirse bajo la influencia del edema, y se le debe tener en cuenta en los casos dudosos.

Estas alteraciones no son debidas solamente á la meninges, dependen tambien de la lesion de la capa cortical, cuya alteracion, que Parchappe considera como *constante y característica* de la parálisis general, consiste en un reblandecimiento que está situado en la parte media de la capa cortical, en los casos cuya lesion es poco marcada. Algunas veces esta parte es la única desprovista de consistencia, de modo que la lesion podría pasar desapercibida, si no se reconociese, á beneficio del mango del escalpelo introducido á este nivel, que la mitad esterna de la capa cortical se desprende en una estension un poco mayor que la en que se ejerce la accion del escalpelo. Unas veces la capa superficial que se levanta es blanda y está reducida á papilla, y otras dura, quebradiza y disminuida de volumen. La coloracion de la capa cortical es variable y está en relacion

con la inyeccion mayor ó menor de los capilares, por lo cual puede presentar matices variados; rosado, rojo, heces de vino, etc.

La parte profunda, en donde es mas considerable la red vascular, se presenta bajo la forma de una cinta sinuosa y violácea que resalta sobre la sustancia blanca.

La capa cortical, por el contrario, tiene, fuera del sitio congestionado, un color pálido, gris sucio y amarillento, principalmente en una época avanzada de la enfermedad.

A parte del reblandecimiento, se demuestra la atrofia de la sustancia gris, cuyo espesor está reducido alguna veces á la mitad, como es fácil comprobarlo en cortes perpendiculares á la superficie de las circunvoluciones.

Separada la sustancia cortical, se ve la sustancia blanca, cuya induracion muy notable en la parte anterior, astas frontales, permite obtener, con solo raspar, pequeñas lengüetas análogas á la epiglótis y crestas blancas y consistentes, despojadas completamente de sustancia gris. Segun Baillarger, esta induracion de las crestas frontales falta muy rara vez y es el principal carácter anatómico de la parálisis general.

El ependimo ventricular está á veces condensado y sembrado, como lo ha indicado Joire, de finas granulaciones, que dán un aspecto áspero bastante notable en el suelo del cuarto ventriculo.

El cerebro está atrofiado en totalidad (Parchappe), y se demuestra fácilmente que las circunvoluciones adelgazadas y como enflaquecidas, presentan menos altura, están separadas por anfractuosidades mas considerables y han perdido de su volumen y resistencia.

Bastará solo indicar algunas lesiones, que no son especiales de la parálisis general y que, por otra parte, están consignadas en el artículo sobre las hemorragias meníngeas (tomo II); tales como las falsas membranas y quistes de la aracnoides, el edema mas ó menos considerable de las meninges y algunas veces tambien, la dilatacion y derrame ventricular.

En resumen, las lesiones casi constantes en la parálisis general son; la condensacion y opacidad de las meninges; las adherencias de la pia-madre y el reblandecimiento de la capa cortical que produce las ulceraciones por el desprendimiento de la membrana; y la induracion de la sustancia blanca (estado escleroso) que tiene por expresion las crestas frontales blancas y resistentes.

A estos caracteres visibles á simple vista, es necesario añadir los datos suministrados por los estudios histológicos modernos. Pero para apreciar mejor la patogenia de estas alteraciones, haremos observar la solidariedad que existe entre las lesiones del encéfalo y las de la médula.

La unidad del sistema cerebro-espinal implica la unidad de sus lesiones, y hay casos, en efecto, segun las investigaciones de Magnan, en los cuales se fijan en la médula lesiones análogas á las que