



Año 1914.

Núm. 2849.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dir. Co. 9.14

SINTOMATOLOGÍA de la PARALISIS GENERAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

por

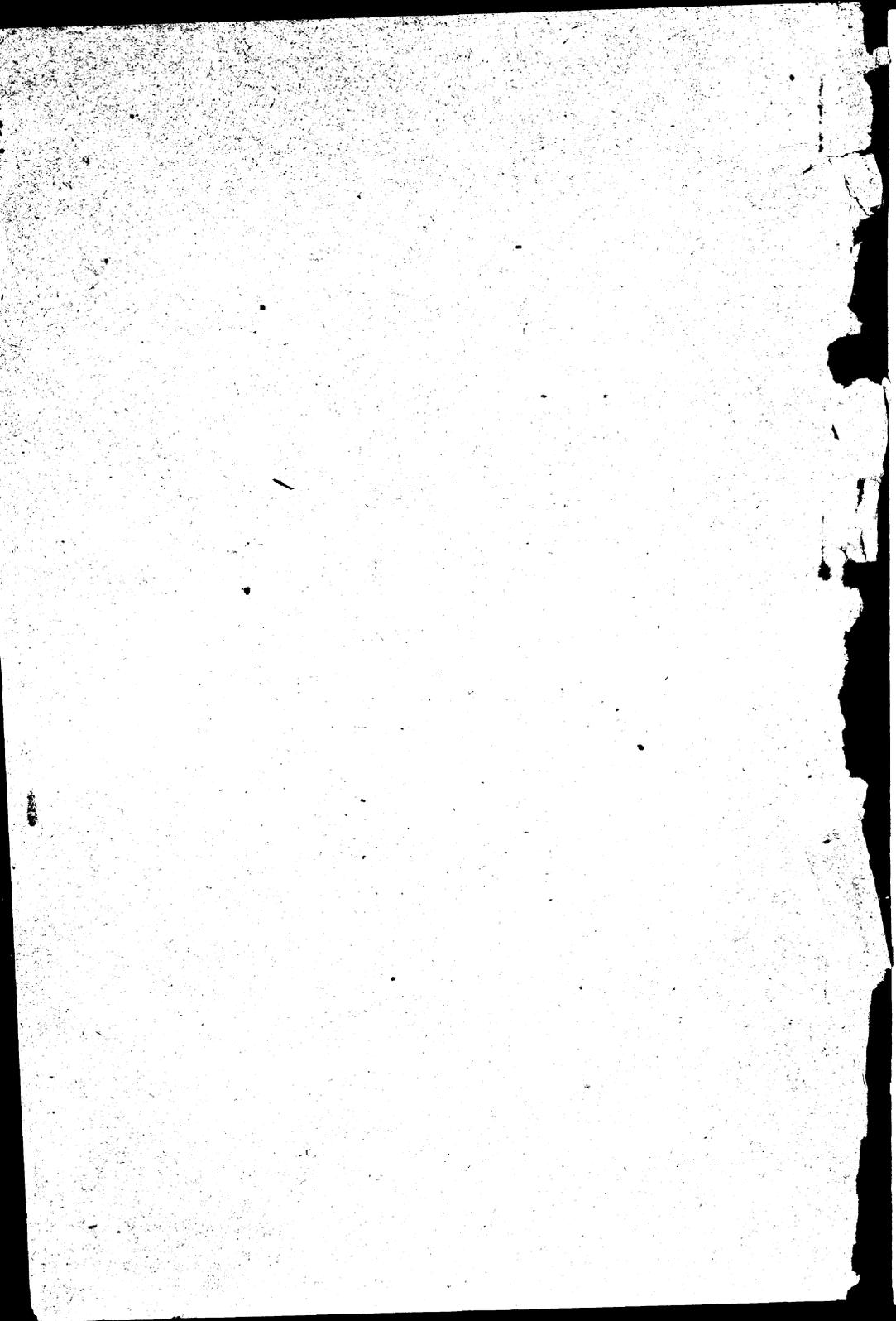
RAUL VIEYRA

Ex-Practicante de vacuna
Ex-Practicante externo del Hospital San Roque
Ex-Practicante interno del Hosp. Rawson

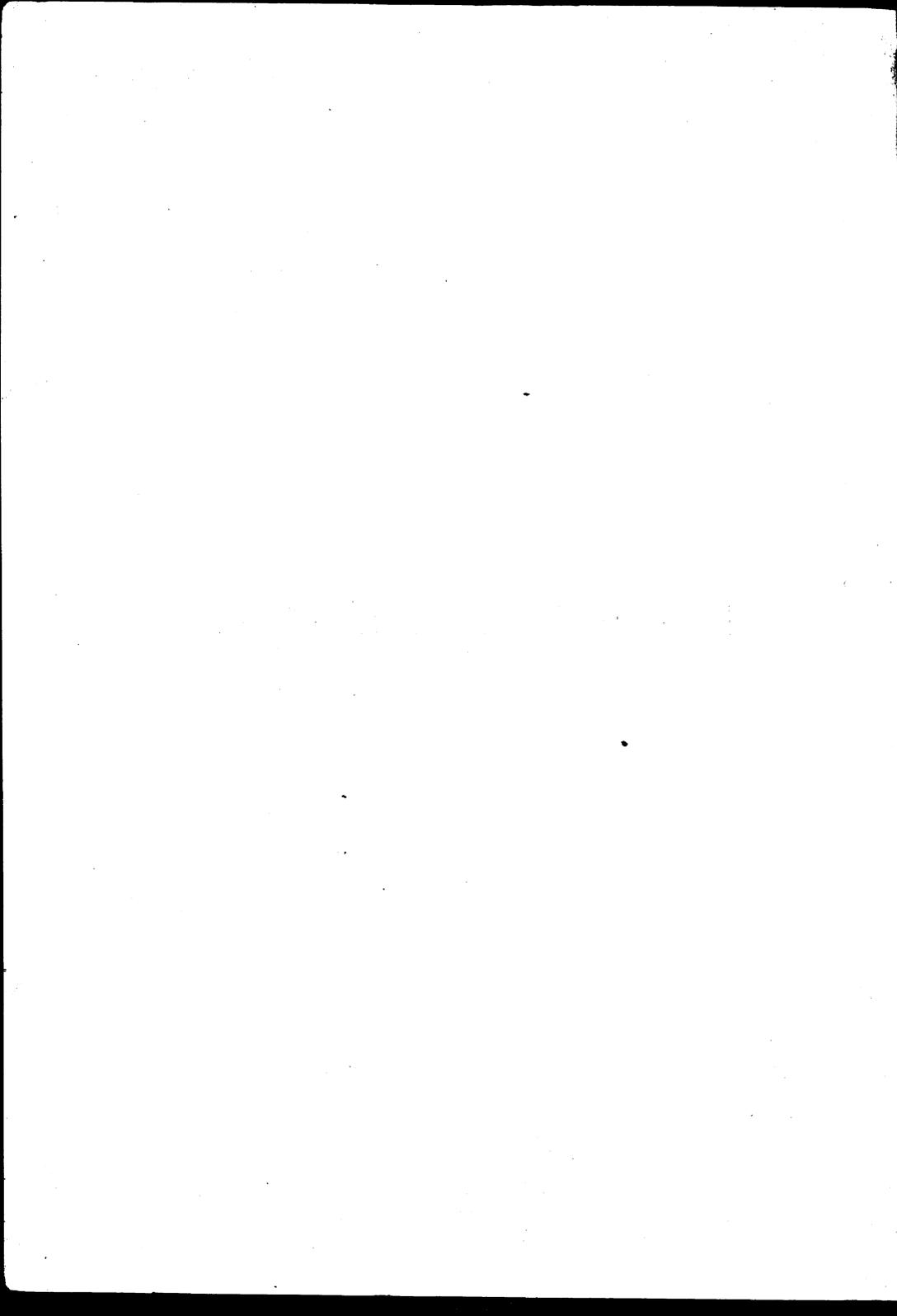


Librería "LA CIENCIA MÉDICA"
CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080 - BUENOS AIRES





SINTOMATOLOGIA de la PARALISIS GENERAL



Año 1914.

Núm. 2849.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SINTOMATOLOGÍA de la PARALISIS GENERAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RAUL VIEYRA

Ex-Practicante de vacuna
Ex-Practicante externo del Hospital San Roque
Ex-Practicante interno del Hosp. Rawson

Librería "LA CIENCIA MÉDICA"
CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080 - BUENOS AIRES



Man B 1914

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

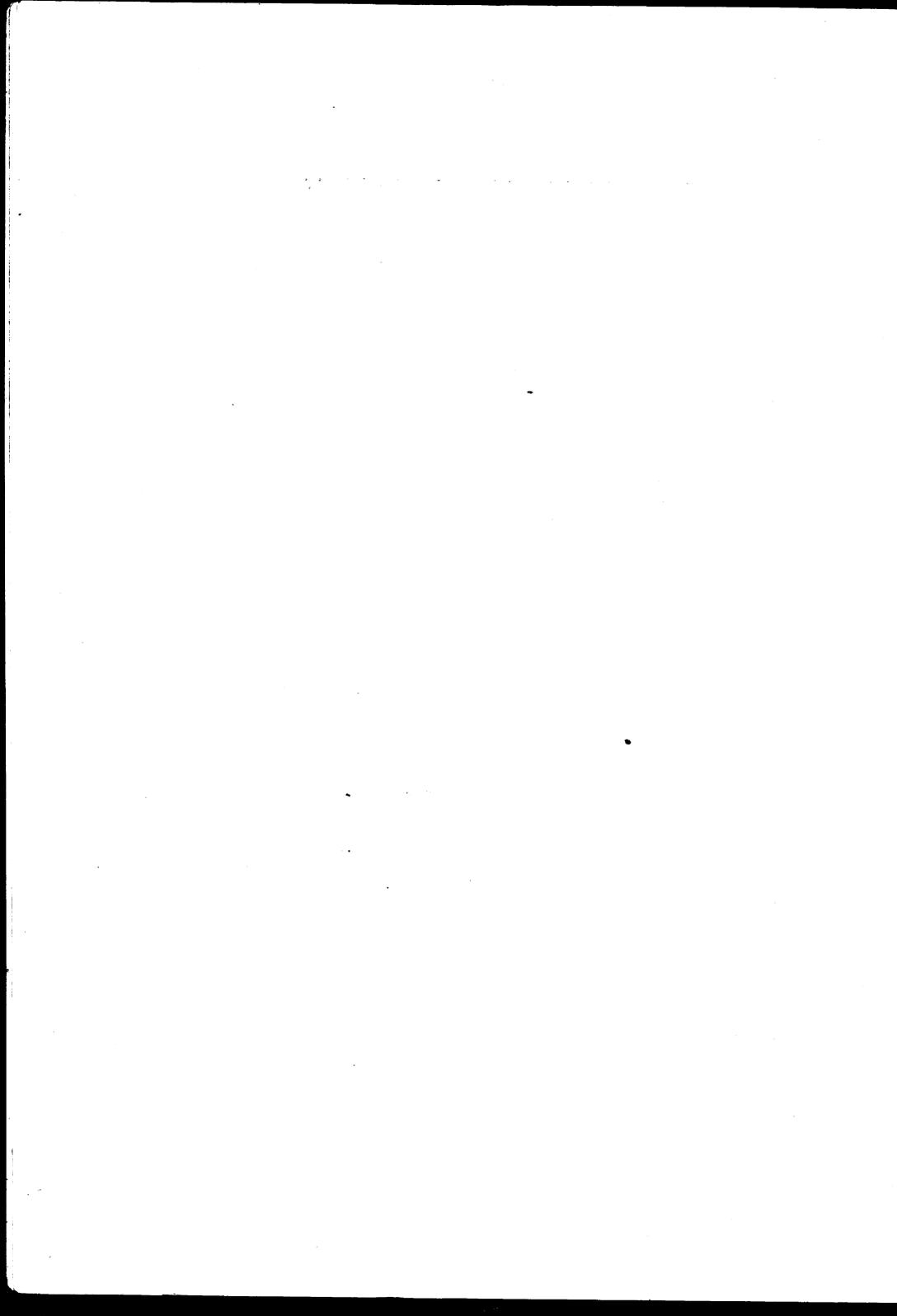
DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » EUFEMIO UBALLES
3. » » PEDRO N. ARATA
4. » » ROBERTO WERNICKE
5. » » PEDRO LAGLEYZE
6. » » JOSÉ PENNA
7. » » LUIS GÜEMES
8. » » ELISEO CANTÓN
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » ANTONIO C. GANDOLFO
11. » » DANIEL J. CRANWELL
12. » » HORACIO G. PIÑERO
13. » » JUAN A. ROBRI
14. » » ÁNGEL GALLARDO
15. » » CARLOS MALBRAN
16. » » M. HERRERA VEGAS
17. » » ÁNGEL M. CENTENO
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » FRANCISCO A. SICARDI
21. » » DESIDERIO F. DAVEL
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » DESIDERIO F. DAVEL

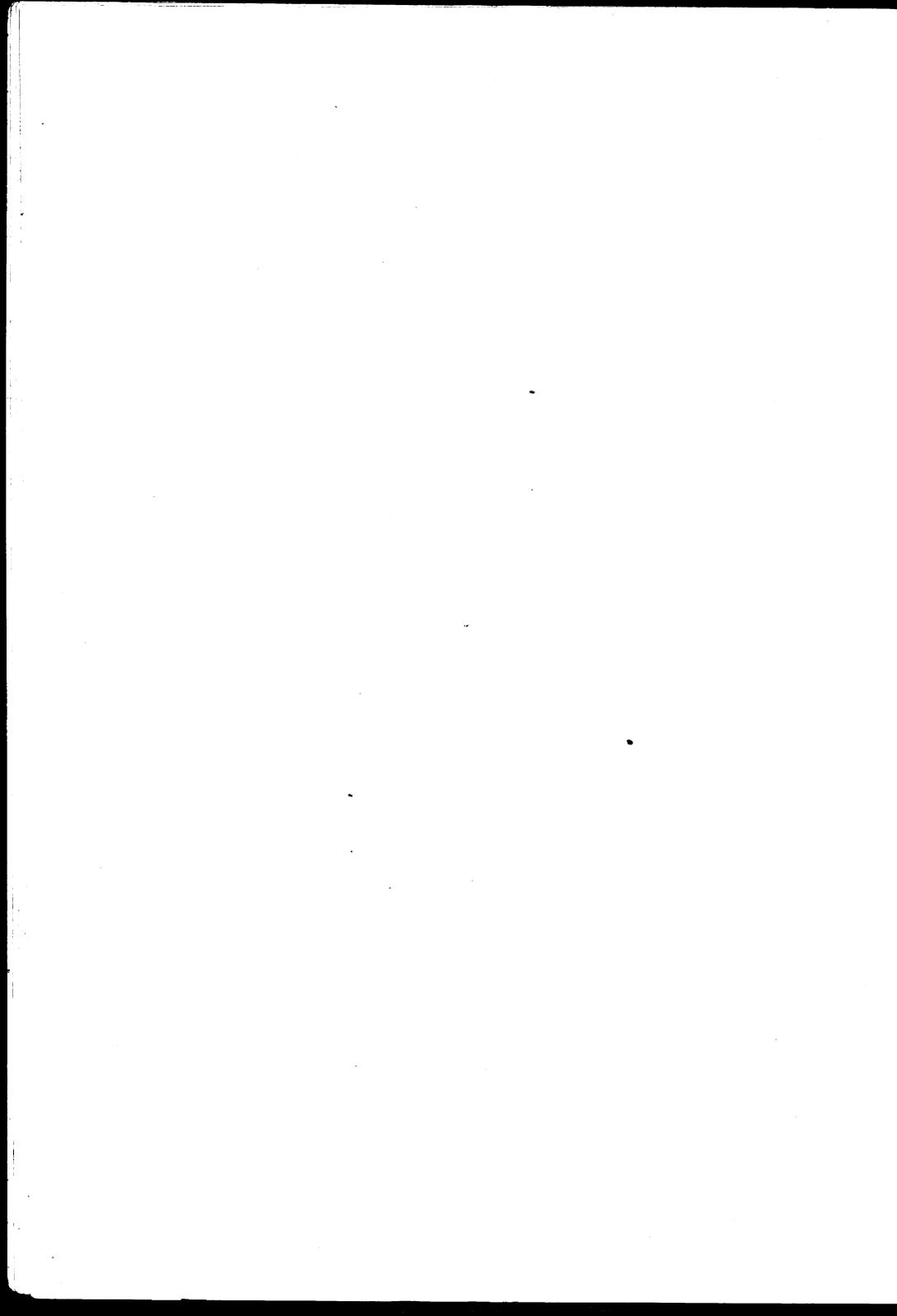


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. > > EMILIO R. CONTI
3. > > OLHINTO DE MAGALHAES
4. > > FERNANDO WIDAL
5. > > OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

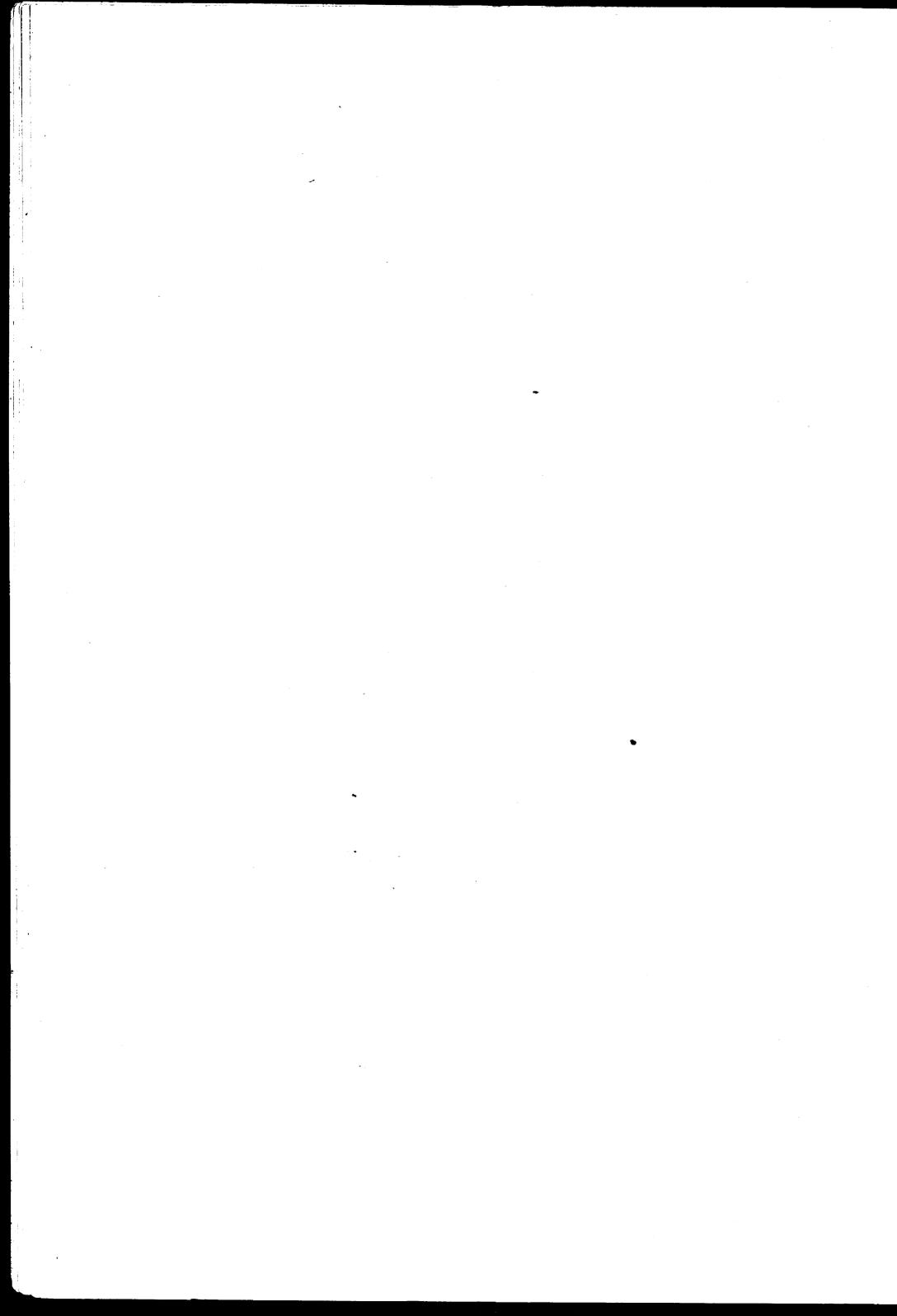
DR. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » DOMINGO CABRED
» » ANGEL M. CENTENO
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con l.^a)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » J. A. BOÑRI (Suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » JOSÉ ARCE

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

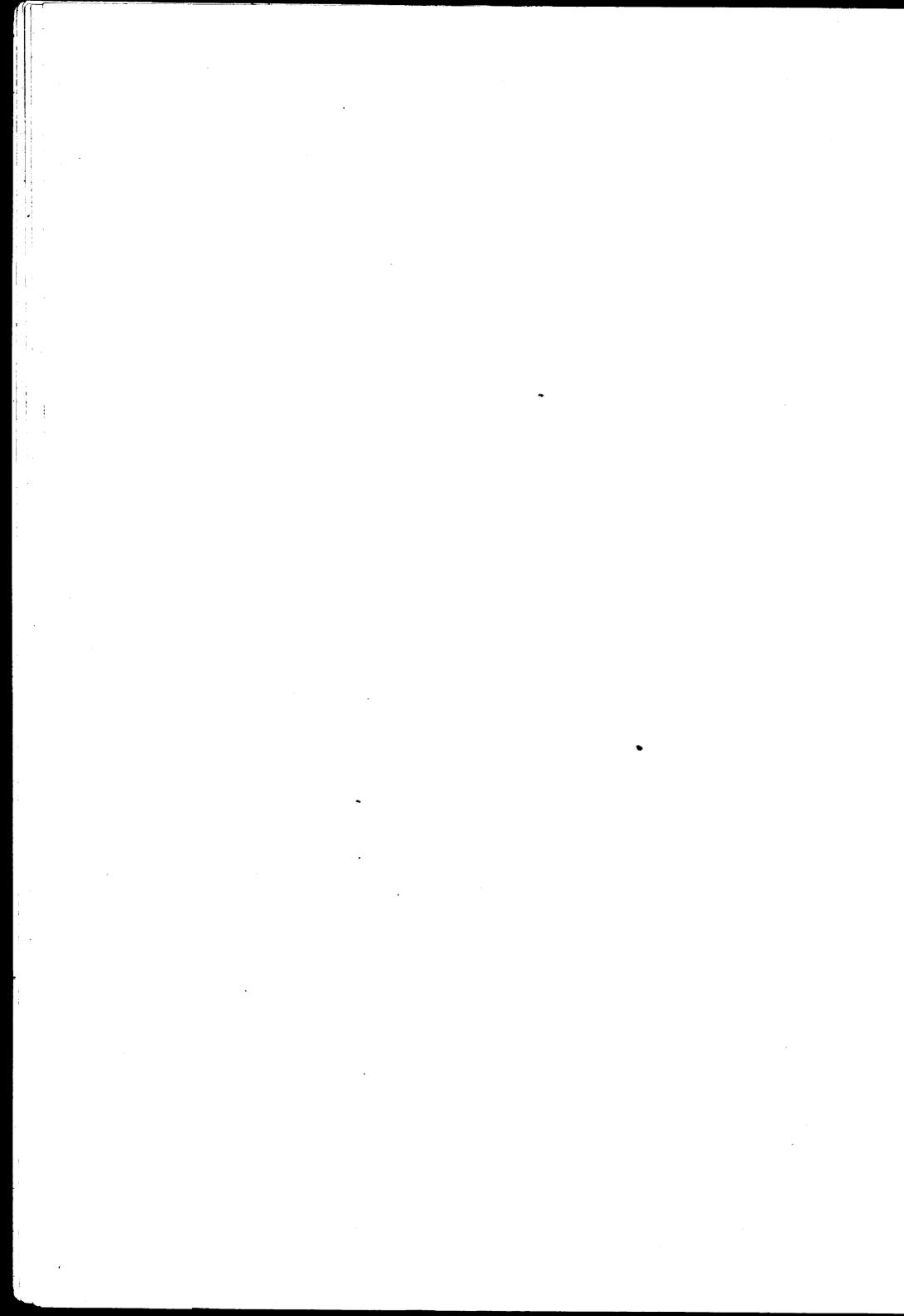


ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

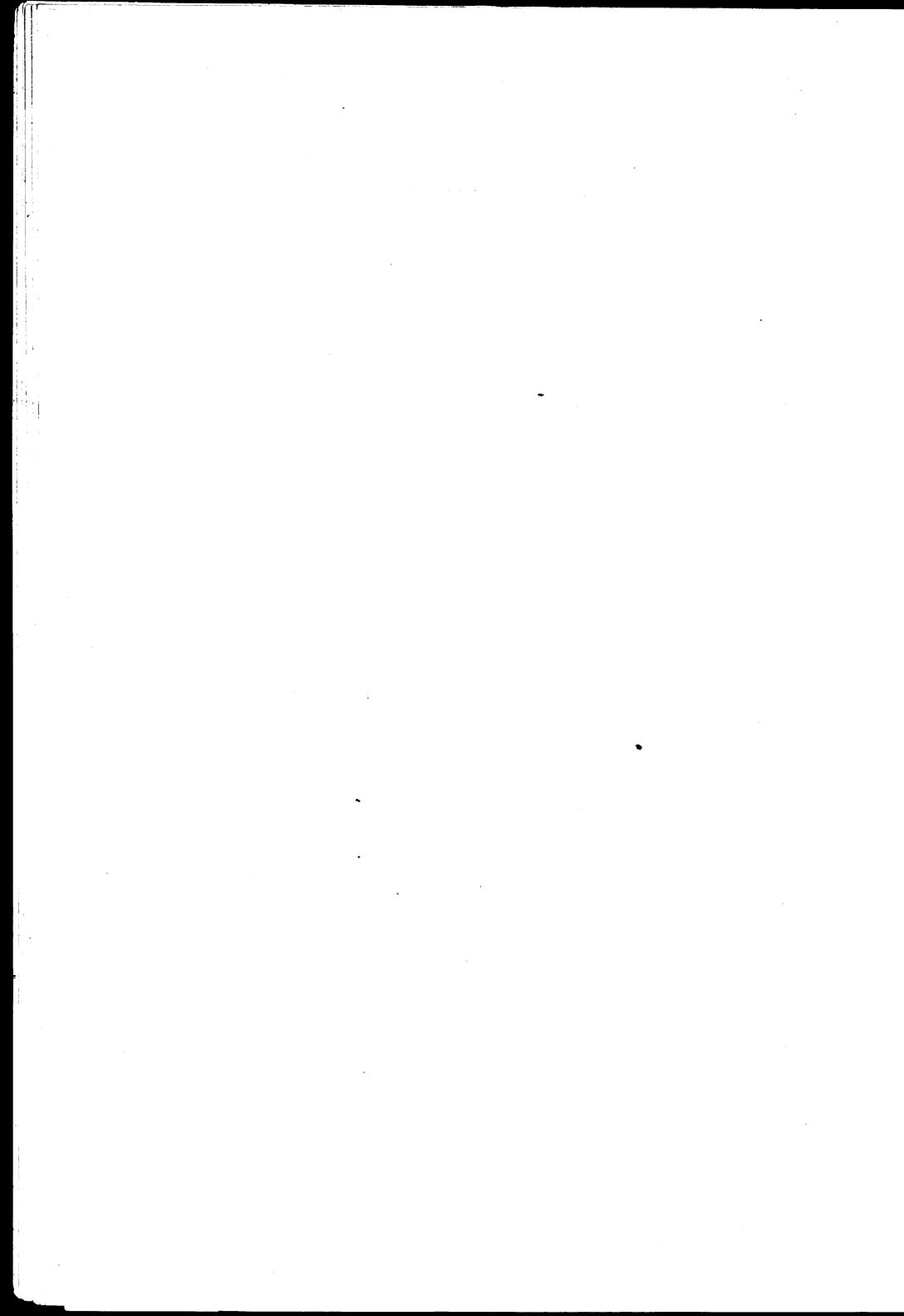
DR. ROBERTO WERNICKE

- » JOSÉ T. BACA
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » P. N. ARATA
- » F. DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JUAN A. BOERI



ESCUELA DE MEDICINA

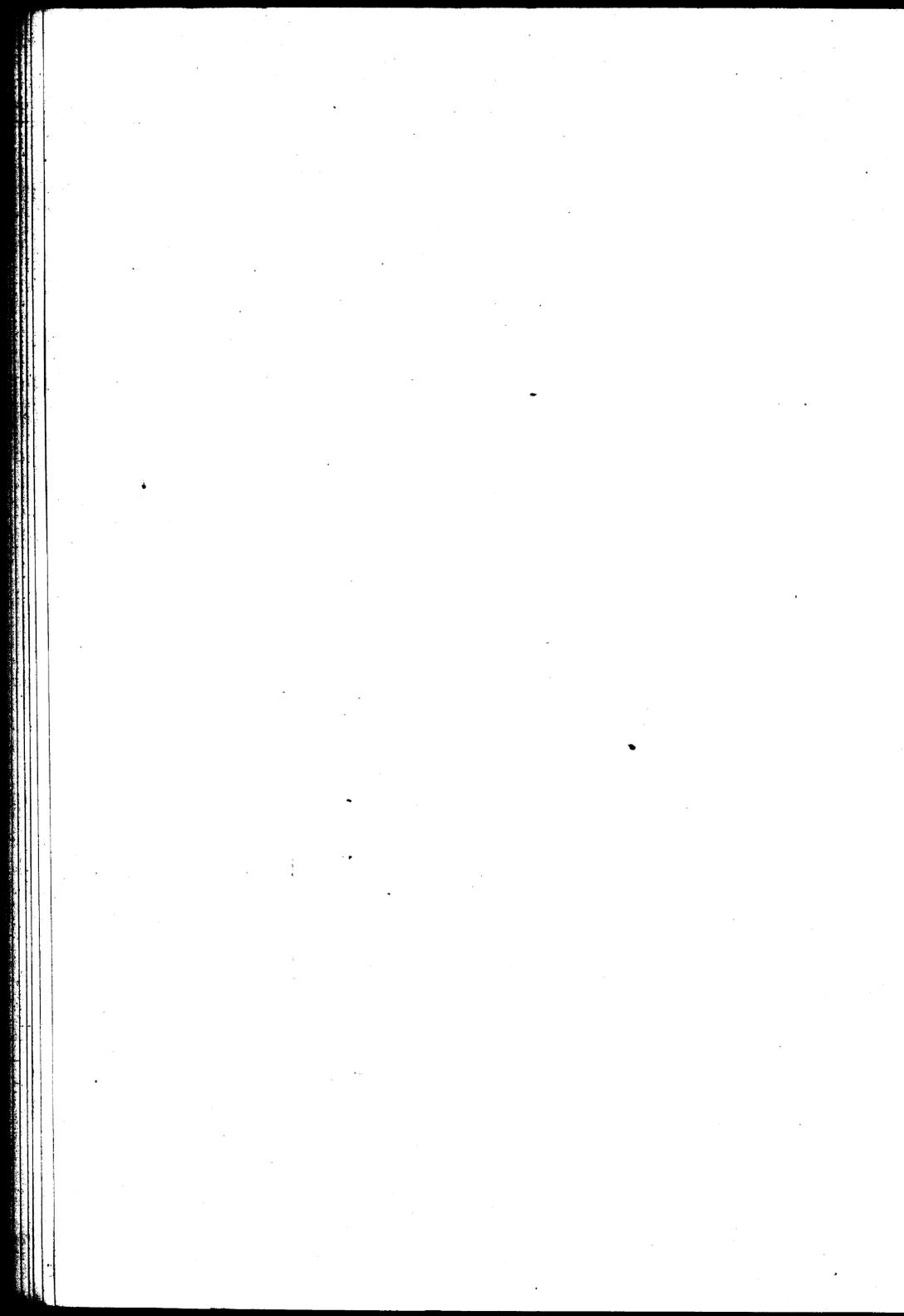
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ » GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBFJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

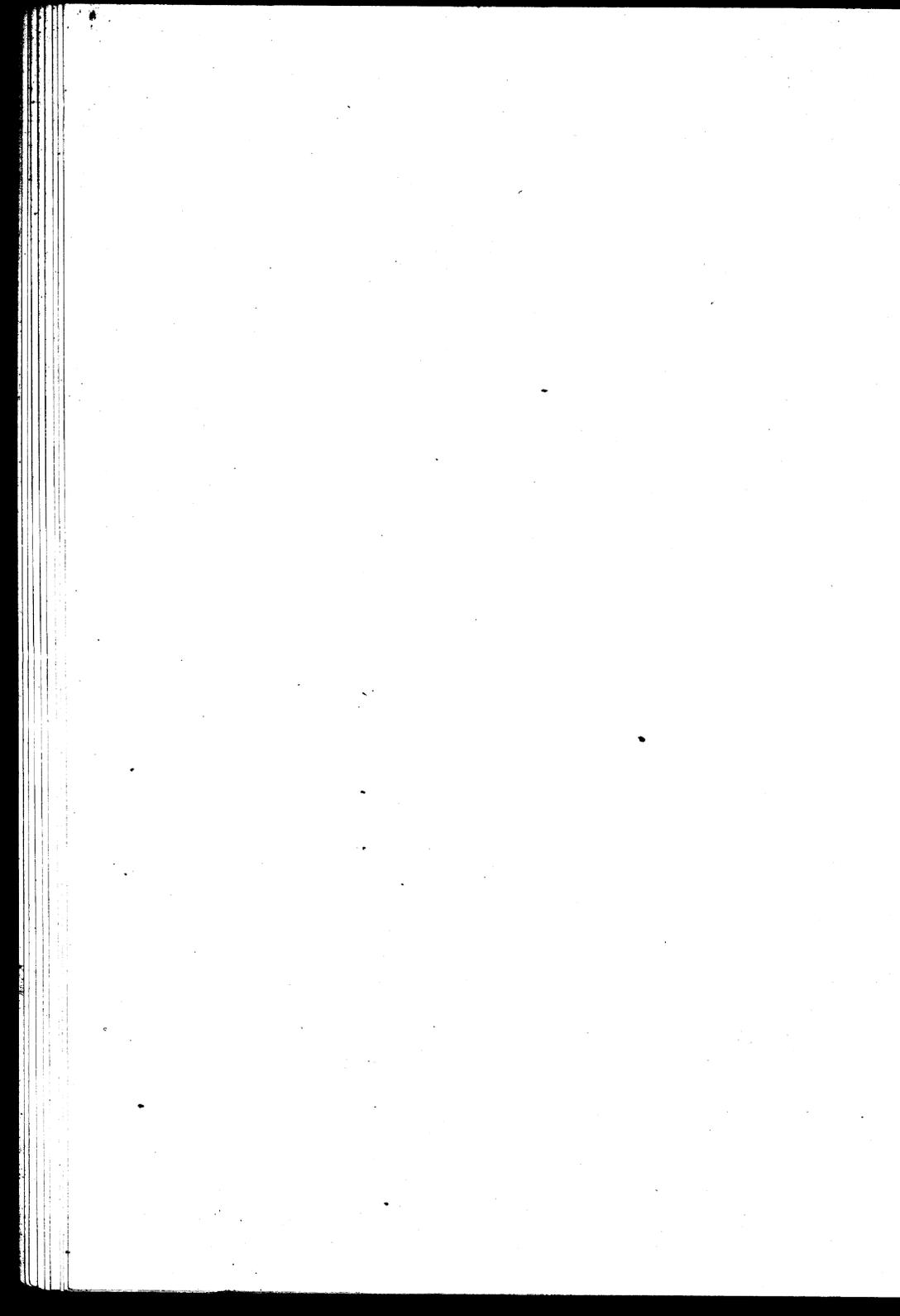
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	„ JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	„ LEOPOLDO URIARTE
Clínica Ginecológica.....	„ JOSÉ BADIA
Clínica Médica.....	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Dermato-siflográfica.....	„ ENRIQUE ZARATE (en ejere).
Clínica Neurológica.....	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Psiquiátrica.....	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Pediátrica.....	„ JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Quirúrgica.....	„ MARIANO ALURRALDE
Patología interna.....	„ BENJAMIN T. SOLARI
Clínica oto-rino-laringológica.....	„ JOSE T. BORDA
	„ ANTONIO F. PIÑERO
	„ FRANCISCO LLOBET
	„ RICARDO COLON
	„ ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos	sustitutos
Zoología Médica.....	DR.	GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	"	PEDRO BELOU (en ejere.)
Botánica Médica.....	"	RODOLFO ENRIQUEZ
Histología.....	"	JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología.....	"	FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	"	ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	"	FELIPE JUSTO
Semiología y ejercicios clínicos.....	"	MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	"	CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	"	ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapéutica.....	"	CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria.....	"	JOAQUIN LLAMBIAS
Patología externa.....	"	JOSE MORENO
» Dermato-sifilográfica.....	"	PEDRO CHUTRO
» Genito-urinaria.....	"	CARLOS ROBERTSON
Clinica Epidemiológica.....	"	NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	"	PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica.....	"	BERNARDINO MARAINI
Clinica Oto-rino-laringológica.....	"	JOAQUIN NIN POSADAS
» Quirúrgica.....	"	FERNANDO R. TORRES
» Quirúrgica.....	"	PEDRO LABAQUI
» Quirúrgica.....	"	JORGE L. FACIO
» Quirúrgica.....	"	ENRIQUE B. DEMARIA
» Quirúrgica.....	"	ADOLFO NOCEPI
» Quirúrgica.....	"	JUAN DE LA CRUZ CORREA
» Quirúrgica.....	"	MARCELINO HERRERA VEG. S
» Quirúrgica.....	"	JOSÉ ARCE (en ejere.)
» Quirúrgica.....	"	ARMANDO R. MAROTTA
» Quirúrgica.....	"	LUIS A. TAMINI
» Quirúrgica.....	"	JOSE A. JORGE (hijo)
» Quirúrgica.....	"	MIGUEL SUSSINI
» Quirúrgica.....	"	LUIS AGOTE
» Quirúrgica.....	"	JUAN JOSÉ VITÓN
» Quirúrgica.....	"	PABLO MORSALINE
» Quirúrgica.....	"	RAFAEL BULLRICH
» Quirúrgica.....	"	IGNACIO IMAZ
» Quirúrgica.....	"	PEDRO ESCUDERO
» Quirúrgica.....	"	MARIANO R. CASTEX
» Quirúrgica.....	"	PEDRO J. GARCÍA
» Quirúrgica.....	"	MANUEL A. SANTAS
» Quirúrgica.....	"	MAMERTO ACUÑA
» Quirúrgica.....	"	GENARO SISTO
» Quirúrgica.....	"	PEDRO DE ELIZALDE
» Quirúrgica.....	"	JAIME SALVADOR
» Quirúrgica.....	"	TORBIO PICCARDO
» Quirúrgica.....	"	OSVALDO L. BOTTARO
» Quirúrgica.....	"	ARTURO ENRIQUEZ (en ejere.)
» Quirúrgica.....	"	A. PERALTA RAMOS (en ejere.)
» Quirúrgica.....	"	FAUSTINO J. TRONGÉ
» Quirúrgica.....	"	JUAN B. GONZALEZ
» Quirúrgica.....	"	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
» Quirúrgica.....	"	V. JOAQUIN GNECCO
Medicina legal.....	"	



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....
 Botánica y Mineralogía.....
 Química inorgánica aplicada.....
 Química orgánica aplicada.....
 Farmacognosia y posología razonadas....
 Física Farmacéutica.....
 Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....
 Técnica farmacéutica.....
 Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....
 Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....

Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO
 » ADOLFO MUJICA
 » MIGUEL PUIGGARI
 » FRANCISCO C. BARRAZA
 » OSCAR MIALOCK (interino)
 » JULIO J. GATTI

 » FRANCISCO P. LAVALLE
 » J. MANUEL IRIZAR

 » FRANCISCO P. LAVALLE

 » RICARDO SCHATZ

Asignatura

Farmacognosia.....

Catedrático Extraordinario

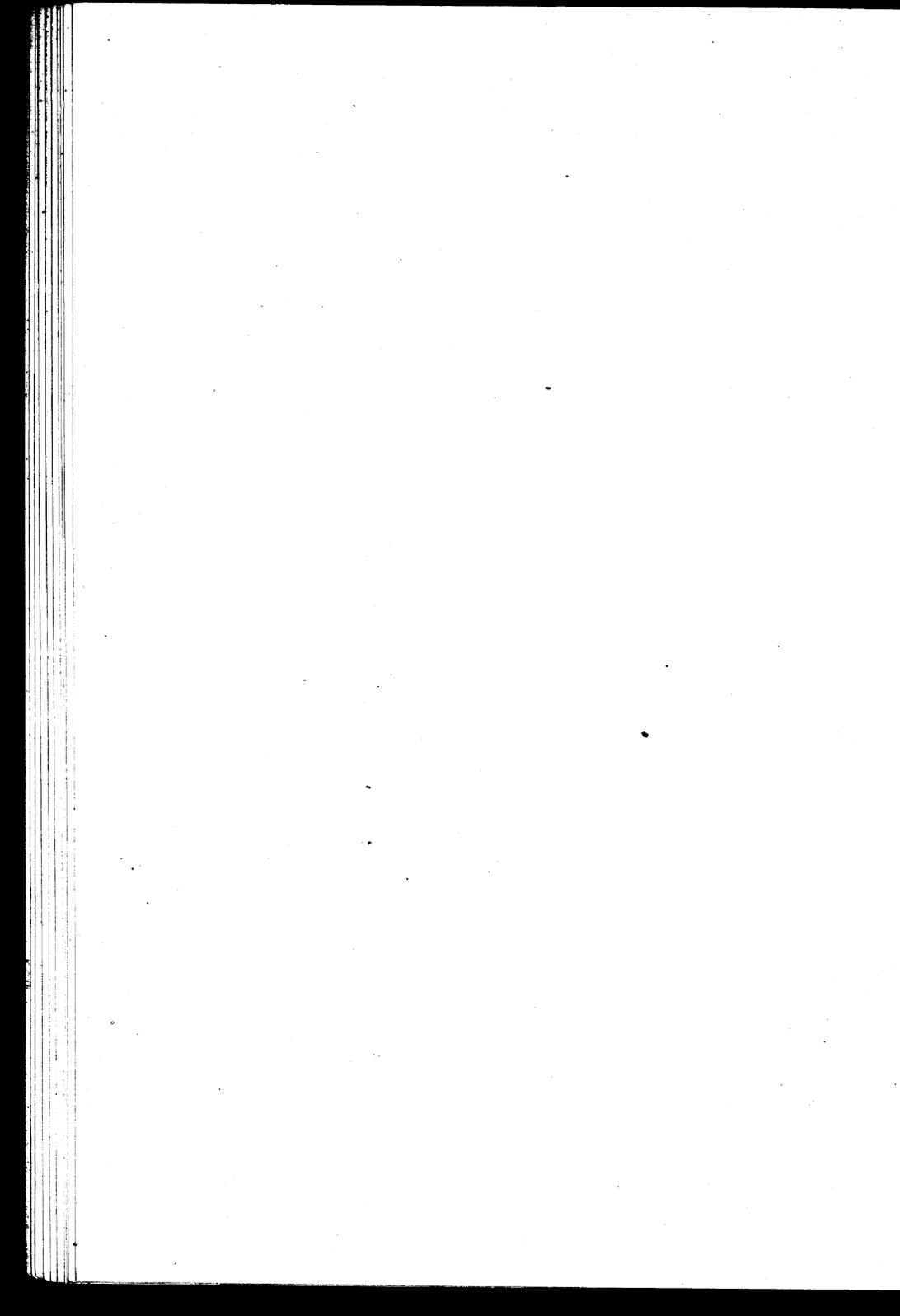
SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas

Técnica farmacéutica.....
 Farmacognosia y posología razonadas....
 Física farmacéutica.....
 Química orgánica.....
 Química analítica.....
 Química inorgánica.....

Catedráticos sustitutos

SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
 ,, PASCUAL CORTI
 ,, OSCAR MIALOCK (en ejere.)
 DR. TOMÁS J. RUMÍ
 SR. PEDRO J. MESIGOS
 DR. JUAN A. SANCHEZ
 ,, ANGEL SABATINI



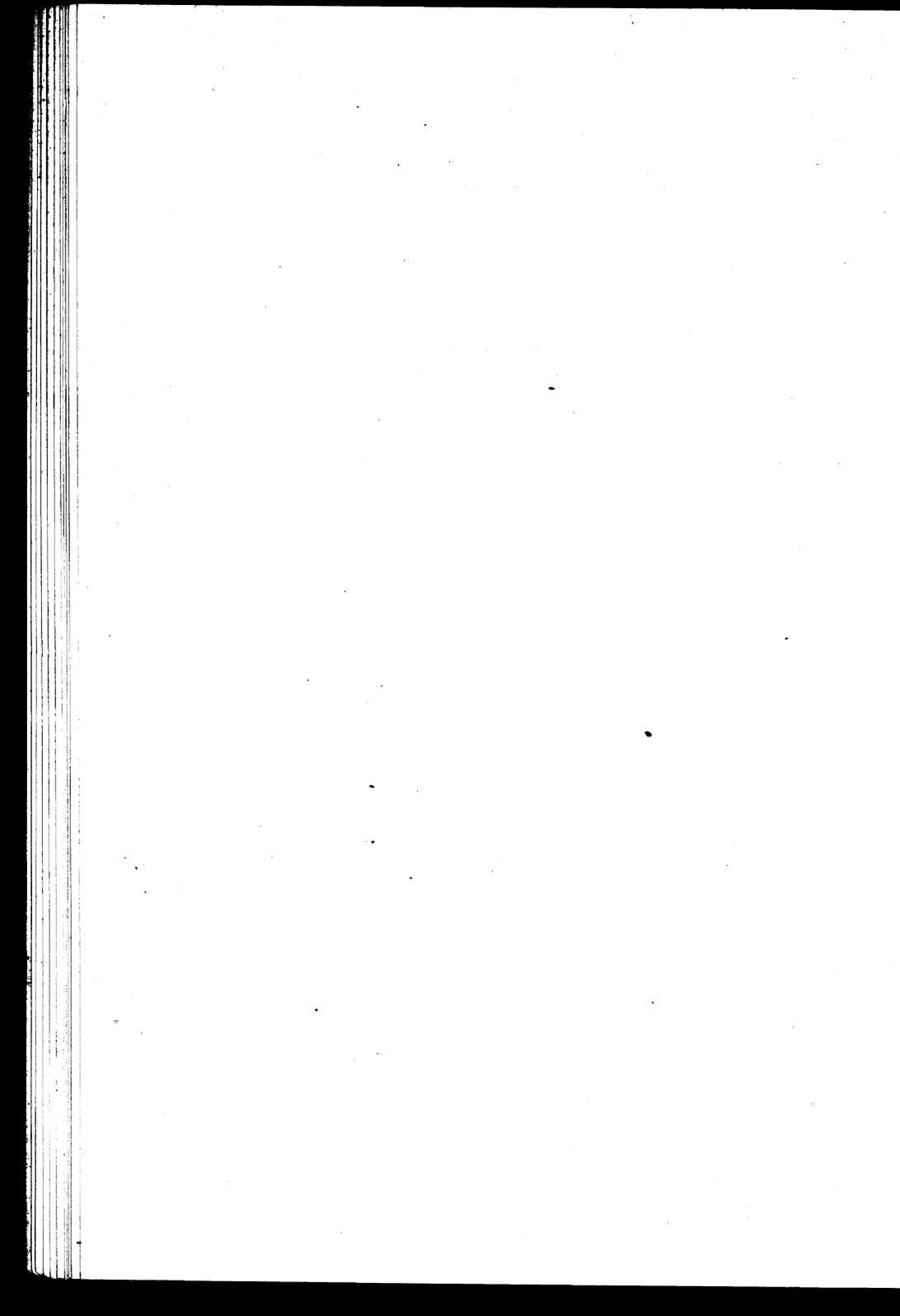
ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. MIGUEL Z. O'FARRELL DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. UBALDO FERNANDEZ » J. C. LLAMES MASSINI
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

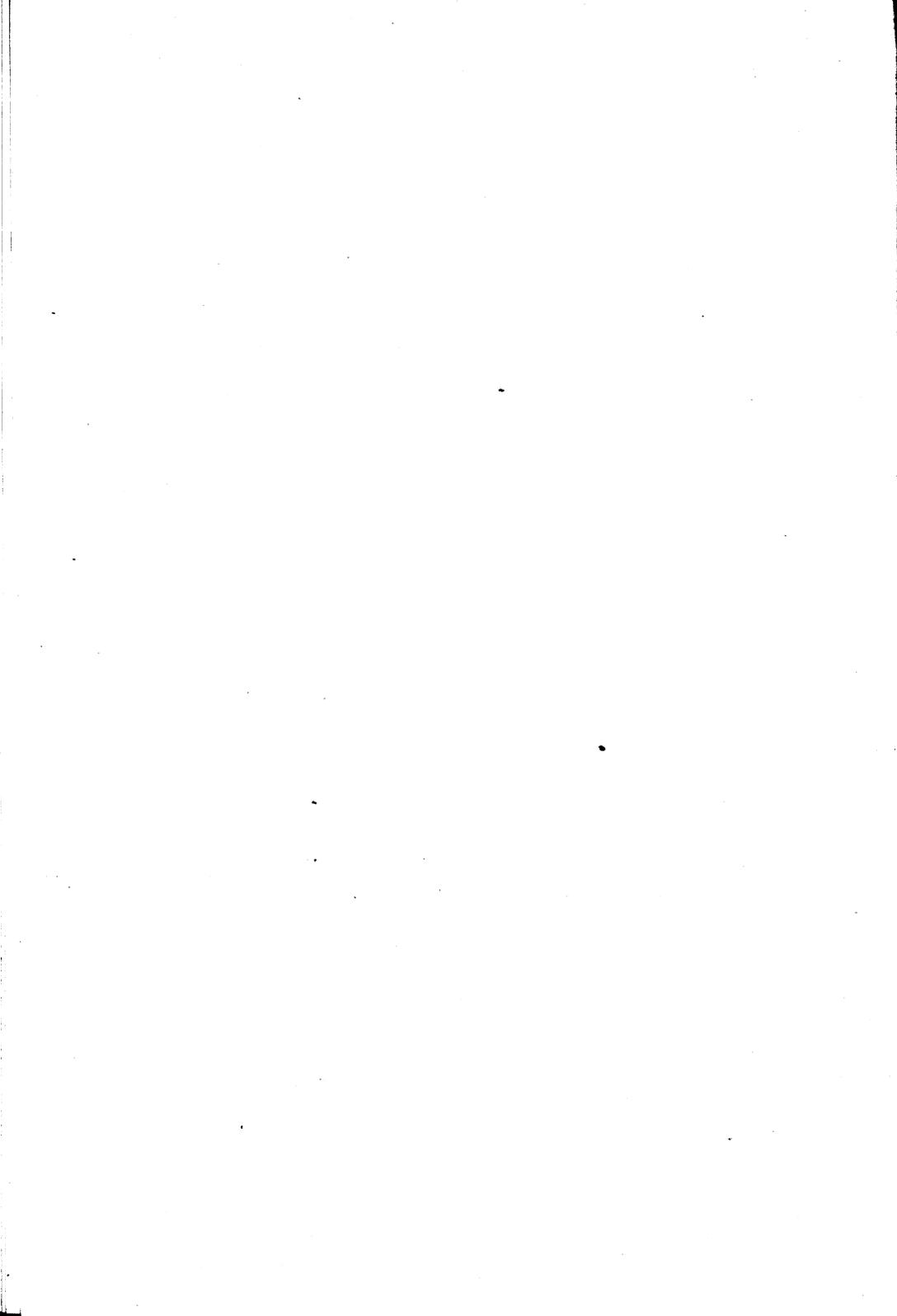
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO (int.)
Prof. suplente.....	DR. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS :

Doctor EDUARDO P. RUEDA



Coronamos nuestra carrera de estudiante optando con este trabajo al grado de doctor en medicina.

Antes de comenzar con la descripción del plan que nos hemos trazado para emprender este estudio, debemos manifestar nuestro agradecimiento a los ilustrados psiquiatras doctores Cabred y Borda, que han alumbrado con las luces de sus conocimientos las obscuridades de nuestra escasa preparación e in-experiencia, proporcionándonos además todo el abundante material que ha servido de base a esta recopilación.

El presente trabajo consta de varios capítulos, en los primeros hemos trazado a grandes rasgos un cuadro sintético de la parálisis general, después por un trabajo inverso de análisis, hemos considerado cada uno de sus síntomas constitutivos, estudiándolos aisladamente y consagrándoles un estudio en relación con su importancia y significación.

Hemos dedicado también algunas líneas a la punción lumbar que en estos últimos años ha veni-

do a enriquecer el diagnóstico de la demencia parálitica sobre todo en los primeros períodos que son los que ofrecen más dudas al práctico y los que pueden confundirse con una neurastenia inofensiva.

DEMENCIA PARALÍTICA

La demencia paralítica es una enfermedad cerebral crónica progresiva que se caracteriza bajo el punto de vista psíquico por una demencia progresiva con alternativas de delirio melancólico, de delirio hipocondriaco, de manía y de delirio de las grandezas.

La enfermedad comienza por prodiomos que pueden durar varios años y que están caracterizados por síntomas de debilidad mental, modificaciones del carácter, insuficiencia muscular accidental, ataques de vértigo, de apoplejía, síntomas de afasia congestiva. A esto se agrega una excitación maníaca que se transforma en furor con ideas de grandeza (forma clásica) o bien en estos casos la enfermedad se presenta después del período prodiómico bajo la forma de un estado de depresión melancólica.

Las manifestaciones clínicas del primer período tienen mucha semejanza con la neurastenia. Un hombre, hasta entonces de buena salud se hace poco a poco asténico sin que ninguna circunstancia evidente explique ese estado de depresión; a la mañana al despertar se queja de no tener fuerzas, el trabajo cotidiano le resulta fatigoso; abandona sus distracciones preferidas, perseguido por ideas penosas, no encuentra alivio sino en el aislamiento y la inacción. Se adelgaza rápidamente, sufre de insomnios, de cefaleas, de algunas alteraciones digestivas que conducen por una falsa vía al diagnóstico de neurastenia, cuando esos síntomas responden en realidad al comienzo de la encefalitis crónica difusa. Según el predominio de tal o cual síntoma los enfermos han sido cuidados por dispepsia, neuralgia, neuropatía, neurastenia y algunas veces por tuberculosis. A pesar de su preparación y de su experiencia el clínico se encuentra a menudo en la imposibilidad de distinguir ese estado neurasténico preparalítico de los estados similares de otra naturaleza. Sin embargo, la existencia de algunos signos físicos y el déficit que acompaña a la depresión psíquica permiten en ciertos casos suponer la verdad.

Aún en ausencia de estos signos el médico debe pensar en la eventualidad de un principio de parálisis general cuando el síndrome neurasténico sobre-

viene por primera vez, en un individuo adulto que no está amenazado por una enfermedad tóxica o infecciosa, que no ha sufrido traumatismo físico o conmoción moral, pero que tiene en cambio antecedentes específicos o étlicos.

En oposición con el estado asténico que hemos descrito se observa como equivalente un estado cuyas manifestaciones psíquicas difieren completamente del cuadro anterior.

Se trata en estos casos de una excitación de todas las funciones orgánicas o psíquicas.

En sus formas clínicas son muy semejantes a los estados análogos que representan las pasiones expansivas del hombre sano y solo se diferencian de estas últimas en la naturaleza patológica de su origen.

El enfermo suministra constantemente pruebas del aumento de su poder, se hace atrevido y emprendedor.

Se ve enfermos durante el tiempo que dura este período que puede ser de varios meses, resolver problemas difíciles, realizar notables trabajos científicos o negocios complicados.

Se cita el caso de un comerciante que quintuplicó su fortuna en un año de especulaciones tan audaces como felices.

Muchos hombres de ciencia, escritores famosos, etc., estaban ya bajo la influencia de este erotismo cerebral cuando produjeron varias de sus obras más famosas.

Después de haber durado algún tiempo, este estado de dinamia funcional según la expresión de Regis, es generalmente seguido por un estado depresivo o se transforma en un verdadero acceso de agitación maníaca con ideas delirantes y errores de los sentidos que ponen en evidencia la naturaleza patológica de estos fenómenos.

Otras veces la parálisis general comienza por un ataque congestivo; bruscamente sin que nada lo hiciera preveer se produce en ictus convulsivo, apopléctico o sincopal.

El ictus estalla muchas veces sin razón aparente, otras veces en ocasión de circunstancias diversas, excesos, emociones, variaciones de temperatura, etc., cuando aparecen como síntoma premonitor, los accidentes que provocan se disipan rápidamente y pueden pasar desapercibidos. El primer ataque congestivo puede preceder varios meses o varios años al estallido aparente de la parálisis general. Cuando las manifestaciones del ataque se han disipado, el enfermo vuelve en apariencia a su estado anterior más a menudo, después del ataque subsisten algunas alteraciones que demuestran la naturaleza del ataque

congestivo, la dificultad de palabra y los accesos delirantes se cuentan entre las alteraciones más frecuentes y más características. En otros sujetos inmediatamente después del primer ataque congestivo se desarrollan todos los síntomas clásicos de la parálisis general y desde entonces evoluciona regularmente.

Los accidentes mentales pueden marcar también el comienzo de la meningo encefalitis crónica difusa que se traduce en estos casos por un debilitamiento global y progresivo de la inteligencia o bien, y esto sucede más a menudo, por un debilitamiento disociado que puede interesar las facultades intelectuales o las facultades afectivas; las alteraciones de la atención y de la memoria; las modificaciones del humor, la irascibilidad y la emotividad son sus manifestaciones más frecuentes.

Cuando la parálisis general viene a complicar una enfermedad cerebral preexistente, sus primeros síntomas son más o menos ocultados por la enfermedad que la ha precedido. Las alteraciones meningo encefálicas del alcoholismo crónico, las lesiones circóscritas debidas a la sífilis o al alcoholismo, pueden ocultar por las manifestaciones que les son propias los síntomas menos aparentes del período inicial de la parálisis general.

Resumiendo, podemos decir que la parálisis general puede comenzar de una manera lenta o insidiosa, por accidentes que pertenecen al síndrome neurasténico o por síntomas ya manifestados de demencia o de irritación cortical, en estos casos comienza de una manera brusca por ataques congestivos seguidos o no de accesos delirantes.

El segundo período o período de estado está caracterizado por la realización más o menos completa del síndrome paralítico, durante este período el estado menatl es característico y los síntomas físicos aumentan los elementos y refuerzan los fundamentos del diagnóstico; los signos físicos constatados son las alteraciones pupilares y en particular la disminución o abolición del reflejo luminoso, las alteraciones de la palabra y de la escritura, el temblor de las extremidades y con frecuencia también la exageración de los reflejos tendinosos, los síntomas que preceden se presentan de una manera irregular y desigual.

Cuando aparecen los signos de demencia el diagnóstico no ofrece ninguna dificultad, la apreciación de estos casos es muy fácil. Las alteraciones profundas de la conciencia, la debilidad de la memoria y del juicio, la indiferencia, la inconstancia, los signos indiscutibles y evidentes de un estado cerebral grave suministrados por el pensamiento, la

palabra, la actitud, la marcha, etc., aseguran el diagnóstico.

Es necesario tener presente que en el curso de esta enfermedad grave y mortal se presentan remisiones que duran meses y años ; tienen gran importancia porque permiten pensar a un médico sin mucha experiencia en un completo restablecimiento ; los signos de debilidad psíquica de irritabilidad, las anomalías del carácter, los vértigos, los accesos congestivos aún en los casos mejor confirmados de remisión, demuestran claramente que la enfermedad ha disminuído pero que no ha curado.

Para terminar con el período de estado, diremos que está caracterizado de una manera general por accesos paroxísticos de delirios de formas diversas que evolucionan sobre una inteligencia cuyo debilitamiento va progresando al mismo tiempo que se acentúan los síntomas físicos. Según la naturaleza de los accesos delirantes y su modo de sucesión, según el predominio de tal o cual signo psíquico, el aspecto clínico se encuentra de un caso a otro profundamente modificado, de donde resulta que el período de estado de la parálisis general es esencialmente polimorfo.

En el tercer período llamado también período de terminación, las alteraciones físicas se acentúan notablemente : la palabra se hace ininteligible, las

faltas de fuerzas obligan al enfermo a permanecer en el lecho ; la deglución se hace de una manera inconsciente hasta el extremo de que solamente pueden darse sin peligro los alimentos líquidos.

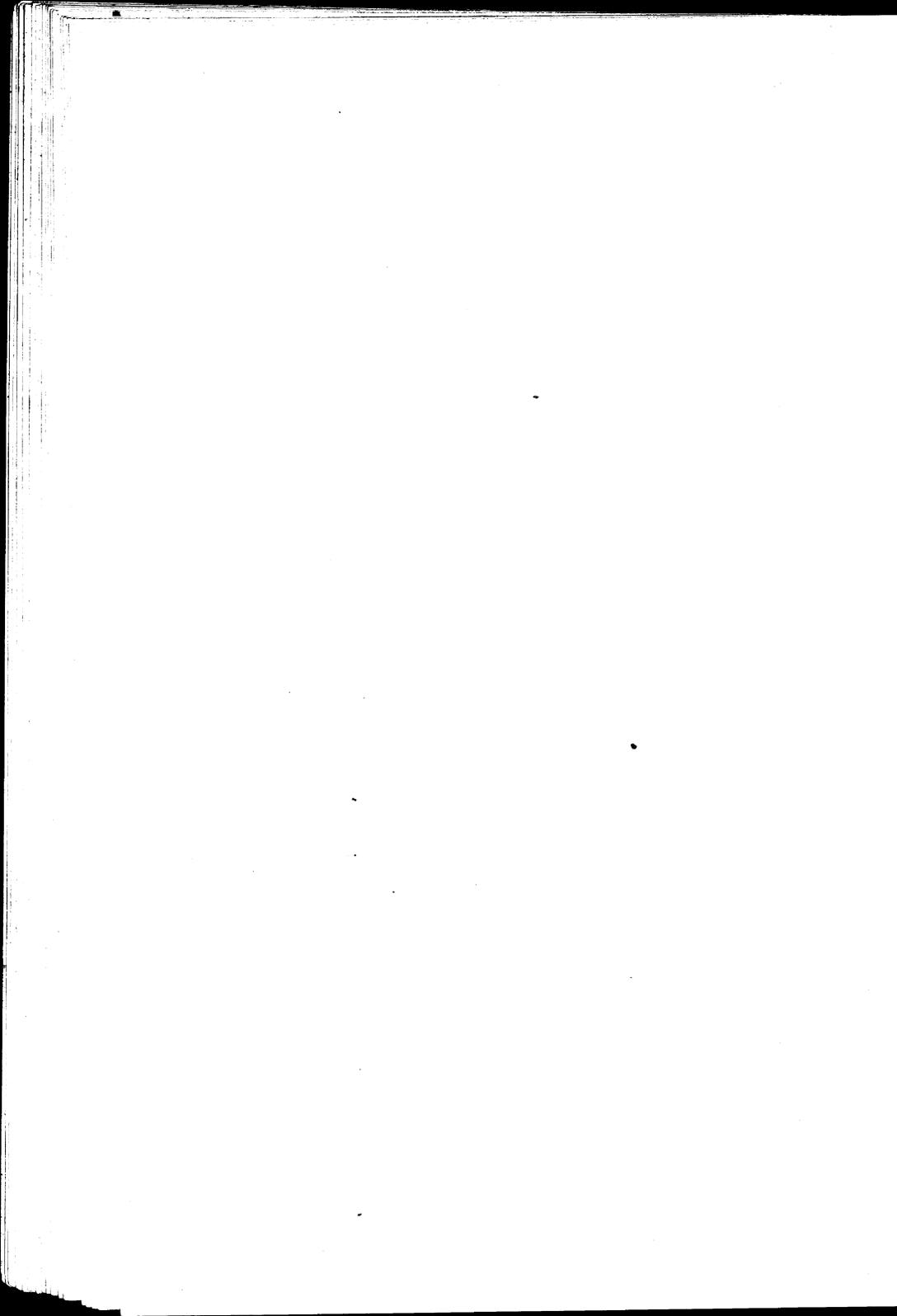
Las alteraciones tróficas aparecen sobre todo durante el tercer período : canicie, caída del cabello, de los dientes, escaras.

Después de un tiempo variable, la resistencia general del organismo disminuye poco a poco ; a causa de eso los enfermos se infectan con facilidad, las infecciones de la piel y de los pulmones son particularmente frecuentes. Bajo la influencia del retardo de todas las funciones y en particular de los trastornos de la asimilación, el enflaquecimiento se produce rápidamente, la piel se descama, las mucosas se secan, las orinas disminuyen, la diarrea se instala de una manera continua, el corazón resulta insuficiente y la muerte se produce en pleno marasmo ; pero debemos observar que no todos los paráliticos llegan a este último estado.

La parálisis general es una enfermedad esencialmente irregular en su evolución ; la aparición de tales o cuales síntomas, la manera como se suceden y evolucionan, se deben a las localizaciones del proceso mórbido y a su grado de intensidad.

De acuerdo con el plan que nos hemos trazado después de haber descrito a grandes rasgos el cuadro

general de la meningo-encefalitis, vamos a estudiar cada uno de sus síntomas, tratando de establecer su importancia y su verdadera significación, anotando de paso las observaciones que hemos tenido oportunidad de hacer en el Hospicio de las Mercedes, guiados por las sabias indicaciones de nuestros ilustrados maestros doctores Cabred y Borda.



ALTERACIONES PUPILARES

Los primeros trabajos sobre las alteraciones pupilares en la parálisis general, datan de la época en que Baillarger señaló la frecuencia de la anisocoria en estos enfermos, después se publicaron muchas monografías sobre la frecuencia de la oftalmoplegia interna en la meningo-encefalitis crónica, pero los alienistas concretaron sus investigaciones a la parálisis general.

Examinando las estadísticas que se han publicado sobre la frecuencia de la oftalmoplegia interna en la parálisis general, llama la atención la disparidad de los resultados, si citamos por ejemplo las que se refieren a las alteraciones del reflejo a la luz, se encuentra un 47 por ciento de los casos, según Thomson y Mendel y un 87 por ciento según Francote.

Mignot atribuye estas divergencias enormes a la diversidad de técnicas empleadas.

En las páginas siguientes después de hacer algunas consideraciones sobre las perturbaciones oculares más frecuentes e importantes que se observan en la parálisis general, publicaré algunas estadísticas incluyendo en ellas el resultado de mis propias observaciones que han sido realizadas sobre parálíticos en distintas épocas de su enfermedad y empleando la técnica indicada por Mignot.

El profesor Sacot, en su muy interesante trabajo sobre «El Valor semiológico de las alteraciones pupilares en las afecciones cerebro-espinales», llega a la conclusión de que las alteraciones pupilares de la parálisis general son muy semejantes a las de la sífilis y agrega que el signo de Argill-Robertson no se presenta nunca tan típico como en la espiroquetosis; el mismo maestro sostiene después en un trabajo muy documentado que en la meningo-encefalitis aparece primero un cierto grado de paresia que aumentando progresivamente llega hasta la parálisis completa del músculo acomodador; la desigualdad pupilar obedece a la marcha diferente que sigue la oftalmoplegia interna en los dos ojos.

Las alteraciones oculares están íntimamente asociadas a las lesiones cerebrales y sobre todo a las lesiones determinadas por la meningo-encefalitis; en efecto, las alteraciones oculares ocupan un lugar de los más importantes en la sintomatología de la pa-

rálisis general y deben ser mencionadas entre las manifestaciones sistemáticas más importantes. Todas las partes del ojo pueden ser afectadas en el curso de la parálisis general ; para este estudio me apoyaré sobre los exámenes oculares que he hecho en el Hospicio de las Mercedes con la inteligente colaboración del doctor Borda, sobre cien paralíticos generales.

El profesor Ballet sostiene que los síntomas oculares esenciales de la parálisis general consisten en una oftalmoplegia interna gradual y progresiva, esta fórmula es exacta si se tiene en cuenta que la oftalmoplegia interna es el último término hacia el cual tienden las alteraciones oculares de la parálisis general.

Las alteraciones de la musculatura interna del ojo se traducen por alteraciones de la forma y de las dimensiones de las pupilas y alteraciones de los reflejos pupilares.

Las desigualdad pupilar es una de las lesiones más frecuentes de las alteraciones oculares de los paralíticos generales, pero su frecuencia ha sido diversamente apreciada, como lo demuestra el cuadro siguiente, en el que he incluido el resultado de mis observaciones.

Frecuencia, según los autores, de la desigualdad pupilar en la parálisis general.

Nombre de los autores	Frecuencia de la desigualdad pupilar	Estadística basada sobre
Vincent.....	80 %	21 casos
Christian y Ritti....	82 »	60 »
Kaës.....	62 »	1333 »
A. Masie.....	63 »	184 »
Regis.....	66 »	482 »
Renaud.....	65 »	423 »
Observación personal.	92 »	100 »

En presencia de una desigualdad pupilar se debe tener en cuenta que existen otras causas susceptibles de provocar esa alteración. Todas las afecciones oculares unilaterales pueden provocarla; se observa también en muchas enfermedades agudas o crónicas, existe además una anisocoria congénita; de ésto se deduce que la desigualdad pupilar no constituye un elemento esencial para sentar un diagnóstico si no va acompañado de otros síntomas que completen el cuadro clínico.

Habitualmente la desigualdad pupilar es notable por sus dimensiones; se encuentran diferencias de muchos milímetros, pero esta particularidad no

es constante. La anisocoria del parálítico general carece de caracteres propios, no es posible distinguirla de la que se observa en otros enfermos ; su verdadera significación se deduce del conjunto de síntomas pupilares y de su evolución.

Por las observaciones y estudios que he realizado llego a la conclusión, siguiendo en ésto a muchos alienistas : que la anisocoria no constituye un síntoma esencial ; su existencia en individuos sanos y la multiplicidad de lesiones locales ó generales susceptibles de provocarla apoyan esta afirmación.

Midriasis.—La midriasis se encuentra en la parálisis general como lesión aislada, pero generalmente va acompañada de otras modificaciones de las pupilas. Este síntoma tiene poca importancia semiológica, porque se lo encuentra en muchas otras enfermedades mentales, especialmente en los estados melancólicos, catatónicos y confusionales. Publico a continuación un cuadro en el que se encuentran resumidas algunas estadísticas relativas a la presencia de esta lesión en la parálisis general:

Frecuencia, según los autores' de la midriasis en la parálisis general.

Nombre de los autores	Frecuencia de la midriasis	Estadística hecha sobre
Masie.....	44 %	184 casos
Moreau.....	26 »	100 »
Kaës.....	3,6 »	1333 »
Doutrelente.....	4 »	95 »
Vincent.....	14 »	21 »
Briand é Irenel.....	10 »	60 »
Yoffroy y Mignot....	13 »	300 »
Moléche.....	15 »	186 »
Observación personal.	17 »	100 »

Miosis — Lo mismo que la midriasis la miosis puede encontrarse en la parálisis general como lesión aislada, pero habitualmente coexiste con alteraciones de los reflejos y anisocoria.

La miosis es algunas veces tan acentuada que las pupilas toman un aspecto puntiforme, pero habitualmente se observa una miosis mediana, puede ser doble o unilateral; con frecuencia va acompañada de otras deformaciones pupilares.

Frecuencia, según los autores, de la miosis en la parálisis general.

Nombre de los autores	Frecuencia de la miosis	Estadística basada sobre
Molèche.....	12 %	186 casos
Ioffroy y Mignot....	13 »	300 »
Moreau.....	18 »	100 »
Briaud e Irenel.....	30 »	60 »
Vincent.....	38 »	21 »
Masie.....	39 »	181 »
Reneaut.....	8 »	482 »
Observación personal.	12 »	100 »

Deformaciones pupilares — En la parálisis general es común observar alteraciones de la forma pupilar; la circunferencia de la pupila se modifica en uno o en varios puntos, pero estas deformaciones no constituyen un signo patognomónico, porque en otras afecciones mentales se observan alteraciones pupilares que obedecen a perturbaciones dinámicas pasajeras; sin embargo, tienen mucha importancia, porque es uno de los primeros síntomas que indican una alteración de la inervación del iris y que asociada a otras alteraciones de las pupilas constituye un recurso valioso para fundar el diagnóstico.

Frecuencia, según los autores, de las deformaciones pupilares en la parálisis general.

Nombre de los autores	Frecuencia de las deformaciones	Porcentaje basado sobre
Kaës	42 %	1333 casos
Moseche.....	61 »	183 »
Briand e Irenel.....	78 »	60 »
Lebrameck.....	80 »	227 »
Observación personal.	45 »	100 »

Alteraciones del reflejo a la luz—En la parálisis general el reflejo pupilar a la luz puede estar completamente abolido, pero es más frecuente observar una simple disminución ; la parálisis del iris no aparece bruscamente, sino de una manera gradual y progresiva. La disminución del reflejo a la luz se caracteriza por un decrecimiento de la amplitud de la constricción pupilar y por una disminución del ritmo y de la velocidad de este movimiento. La disminución del reflejo a la luz por su frecuencia al principio de la parálisis general constituye un síntoma de gran importancia, pero no tiene un valor absoluto, porque se lo puede observar en diversos estados psicopáticos, particularmente en el alcoholismo crónico y en la melancolía.

De todos los síntomas oculares, es el que tiene más importancia ; cuando coexiste con perturbaciones mentales se debe sospechar siempre la parálisis general. Algunos alienistas han podido observar una remisión de los síntomas pupilares, pero esas regresiones se producen excepcionalmente, por regla general las lesiones se agravan paralelamente a los demás síntomas siguiendo una marcha rápidamente progresiva.

Alteraciones del reflejo a la acomodación — Se observan con mucha menos frecuencia en la parálisis general que las alteraciones del reflejo a la luz, en los 100 casos que sirven de base a este estudio, solamente en 10 enfermos la he encontrado, lo que no es mucho si se tiene en cuenta que muchos de esos enfermos pasan por los últimos períodos de la enfermedad. Las alteraciones del reflejo a la acomodación se observan también en otras afecciones mentales, especialmente en los estados melancólicos. La abolición del reflejo a la acomodación tiene la misma importancia y la misma significación que la abolición del reflejo luminoso.

SIGNOS PSIQUICOS

La demencia — Para describir el estado mental de los paralíticos generales, estudiaré aisladamente las diversas facultades del espíritu, la atención, la memoria, la asociación de ideas, la voluntad, que son los diferentes modos de la actividad mental, cuya distinción facilita el estudio de los fenómenos patológicos del psiquismo. El debilitamiento de las facultades mentales es bajo el punto de vista psicológico la manifestación característica de la parálisis general.

Todas las facultades mentales no aparecen igualmente afectadas en la meningo-encefalitis, lo están en grados variables y según modalidades diferentes según los sujetos y en el mismo individuo varían de un momento a otro.

Las alteraciones de la atención en la parálisis general son las más precoces, la fatiga intelectual en los casos en que el sujeto es capaz de cierta actividad psíquica, aparece rápidamente y el enfermo se encuentra en la imposibilidad de realizar las operaciones intelectuales más simples, menos complicadas, es incapaz de dirigir de una manera continua en el mismo sentido, el esfuerzo intelectual, de allí surge la imposibilidad de hacer un trabajo prolongado indepen-

diente de un automatismo antiguo y de seguir una conversación o una lectura de larga duración. Los sujetos que profesionalmente están habituados a ejercer su atención voluntaria tratan de luchar contra las distracciones. Aflijidos por su decadencia intelectual o afectados en sus intereses, hacen los más grandes esfuerzos para remediarlo, pero rápidamente la voluntad se hace cada vez más difícil y se ven obligados a renunciar a una lucha imposible. Durante mucho tiempo la atención permanece excitable, pero a medida que la enfermedad progresa las excitaciones deben ser cada vez más fuertes. Son estas alteraciones de la atención voluntaria y espontánea que obligan al paralítico general a cesar sus ocupaciones habituales.

Sucede con frecuencia que el paralítico general se muestra incapaz de hacer un juicio exacto sobre los acontecimientos que se producen, sobre el medio en que se encuentra, sobre las personas que lo rodean y aún sobre su propia situación, no porque la demencia esté muy avanzada, sino simplemente porque no presta atención.

Le pregunté a un paralítico general como se llama la casa donde se encuentra en asistencia y me respondió que no sabía; insistí en la pregunta, mostrándole los otros enfermos y las camas de la sala, recién entonces me declaró que estaba en el hospital.

A medida que la excitabilidad de la atención se debilita el enfermo se separa cada vez más del mundo exterior. Las alteraciones de la atención voluntaria y la disminución de la excitabilidad de la atención espontánea son en la parálisis general los caracteres esenciales de las primeras etapas del estado demencial.

La excitabilidad y la inestabilidad de la atención en los estados maníacos, los caracteres inversos en ciertos estados depresivos, pueden ocultar momentáneamente las modificaciones demenciales fundamentales de la atención, pero aquellas terminarán por imponerse con los progresos de la enfermedad.

Las alteraciones de la memoria aparecen también de una manera precoz en la parálisis general; pueden evolucionar de una manera lenta y gradual, en ciertos casos aparecen bruscamente después de un ataque congestivo. Aunque progresiva, esta amnesia es esencialmente lacunar y las lagunas afectan en el campo de los recuerdos zonas esencialmente variables, según los individuos y según las épocas en el mismo sujeto.

Las alteraciones de la memoria siguen en la parálisis general una marcha completamente irregular, la amnesia predomina en tal o cual categoría de recuerdos, según los enfermos, sin que existan reglas que presidan esa repartición.

Las irregularidades de la memoria determinan consecuencias lamentables en la existencia psicológica y social del enfermo. La ausencia de recuerdos ligados a las facultades afectivas explica claramente los cambios fundamentales en la conducta de estos enfermos que los hace insensibles a las desgracias que en otra época los hubiera afectado hondamente.

La amnesia orgánica nos explica la inaptitud de los paráliticos generales para los actos más sencillos, son incapaces de vestirse solos, de comer correctamente, etc.

La amnesia puede resultar de que las impresiones sensoriales no hayan sido fijadas en el cerebro, amnesia de fijación o porque no pueden ser reproducidas, amnesia de reproducción. En el curso de la parálisis general pueden observarse las dos variedades, pero la amnesia de fijación no se produce sino en un período avanzado de la enfermedad, cuando las lesiones anatómicas han adquirido mayor extensión.

De la amnesia de reproducción depende la pérdida de los recuerdos adquiridos antes que se produjeran los accidentes cerebrales; de esas mismas alteraciones deriva la amnesia continua observada en el curso de la enfermedad.

La importancia clínica de la amnesia de reproducción reside en la posibilidad de su desaparición en el curso de las remisiones y en las fluctuaciones de sus diversos síntomas. Si se toma la precaución de transcribir exactamente los errores de la memoria cometidos por un paralítico general se ve que de un examen a otro no se reproducen exactamente.

En el fenómeno psicológico de la memoria, hay un elemento, la localización del recuerdo en el pasado, que está generalmente alterado desde el principio en los paralíticos generales. Excepcionalmente estos enfermos reparan sus recuerdos de una manera exacta, algunas veces aproximan, otras veces alejan la fecha de las percepciones iniciales, esta alteración particular de la memoria provoca la desorientación en el tiempo, síntoma constante en la enfermedad confirmada.

Desde los primeros estados de la enfermedad la asociación de ideas sufre alteraciones profundas. Los conocimientos suministrados por el hábito y la experiencia son incompletos o parecen faltar. Las comparaciones, las inducciones, las deducciones, las abstracciones, las generalizaciones que hace el enfermo son inexactas y absurdas.

En los últimos períodos que responden a la destrucción de la casi totalidad de la corteza cerebral,

las percepciones se ejercen tan débilmente que no originan ningún fenómeno de ideación.

Las alteraciones de los sentimientos se traducen al principio por una exaltación de la emotividad, los enfermos reaccionan de una manera exagerada al placer y al dolor lo que determina esas alternativas tan características de profundo desaliento que se suceden rápidamente.

La exageración de la emotividad explica los casos de cólera tan frecuentes en el período premonitor, accesos que contrastan a menudo con el carácter anterior del sujeto y que asombran tanto por la intensidad de sus manifestaciones como por la sutileza de los motivos que la han provocado.

Después de un período más o menos largo de exaltación de los sentimientos, la inteligencia se debilita cada vez más y el enfermo pierde todos los sentimientos morales.

A estas perturbaciones del carácter y de la afectividad, se agregan las modificaciones de la actividad voluntaria ; los paralíticos generales son capaces de coordinar un acto que requiera alguna meditación. Las modificaciones de la voluntad aparecen de una manera precoz y tienen mucha importancia porque impulsan al enfermo a cometer actos delictuosos, cuya apreciación puede resultar muy difícil en ciertos casos. La exaltación de los apetitos y la perversión de

los sentimientos constituyen una fuente de actos delictuosos.

La mayor parte de los parálíticos no se dan cuenta de su decadencia intelectual y moral, pero existen muchas excepciones de esta regla, algunos enfermos se aperciben de la decadencia de sus facultades y manifiestan sus temores llegando a cometer tentativas de suicidio ; con mi maestro doctor Borda, hemos examinado un parálítico general que había tratado de suicidarse, infiriéndose una herida en el cuero cabelludo con un tenedor ; pero generalmente la conciencia de estos estados mórbidos es parcial y momentánea. La imposibilidad de satisfacer de una manera conveniente las exigencias de la situación social, la insuficiencia profesional es una resultante precoz del debilitamiento mental. Al principio la falta de habilidad en el trabajo, más tarde las órdenes contradictorias y absurdas de parte de los que mandan, la ejecución incorrecta o errónea de los que obedecen, las omisiones en unos y otros requieren la interrupción de sus ocupaciones diarias. Los errores cometidos no son siempre referidos a su verdadera causa ; sucede a menudo que los enfermos no son reconocidos como tales y se los considera responsables. Las consecuencias de los actos realizados pueden ser perjudiciales : un médico receta me-

dicamentos a dosis nocivas, un militar hace ejecutar maniobras peligrosas, etc.

Una de las consecuencias más características del debilitamiento intelectual y moral es la desorientación en el tiempo y en el espacio. Las respuestas que suministran sobre estas dos nociones elementales ponen en evidencia el grado de las perturbaciones psíquicas; le interrogué a un parálítico del hospicio, donde se encontraba y me contestó que estaba en su palacio, a otro le pregunté, cuánto tiempo hacía que se encontraba en el hospital y me dijo que hacía dos meses cuando en realidad había sido internado dos años antes.

Con los progresos de la demencia el enfermo se separa cada vez más del mundo exterior, las funciones intelectuales y los instintos desaparecen, llegados a este grado de demencia los parálíticos generales permanecen indiferentes a todo y no se preocupan de nada, habitualmente confinados al lecho a causa de la ausencia de motricidad voluntaria, permanecen impasibles durante muchas horas en la misma posición completamente indiferentes a lo que pasa y se dice en la vecindad.

Las manifestaciones del debilitamiento intelectual en la parálisis general tienen un carácter esencialmente polimorfo que obedece a la ausencia de sistematización en las lesiones anatómicas que las provo-

can, a causa de ésto el aspecto clínico sufre cambios considerables y varía en límites muy extensos ; pero en la mayoría de los casos las alteraciones demenciales son bastante acentuadas y características y permiten hacer un diagnóstico precoz de la enfermedad, sin embargo, existe una categoría de enfermos en los cuales las manifestaciones psíquicas de la parálisis general permanecen atenuadas durante un largo período y no aparecen de una manera evidente, sino en un estado muy avanzado de la enfermedad ; cuando los síntomas físicos están ya muy acentuados.

Uno de los métodos más eficaces para poner en evidencia, de una manera experimental las primeras perturbaciones de la inteligencia en los paralíticos generales, consiste en la prueba del cálculo que se practica rigurosamente para todos los casos en el Hospicio de las Mercedes, donde existen papeles impresos con una suma, una resta, una multiplicación y una división que debe resolver el enfermo. Más adelante me ocuparé de los resultados que he obtenido por este método en algunos de los casos que sirven de base a esta disertación.

La resolución del problema más simple necesita la intervención regular de todas las facultades ; la atención debe ser sostenida para permitir que la conciencia reuna y fije los datos del problema ; la asociación de las ideas debe ser lógica para que se

LAMINA I

Hospicio de las Mercedes

TESTIMONIO MENTAL

Comisario y Comisario de la Asistencia Social

Sumar:

485678
127657
342169
134867

1040871

Restar:

1600795
0846689

0745094

Multiplicar:

6867897
789

6522623

Dividir:

6825678 | 973
6155

0170

Esto cuenta con demencia leve y simple
Tiene un

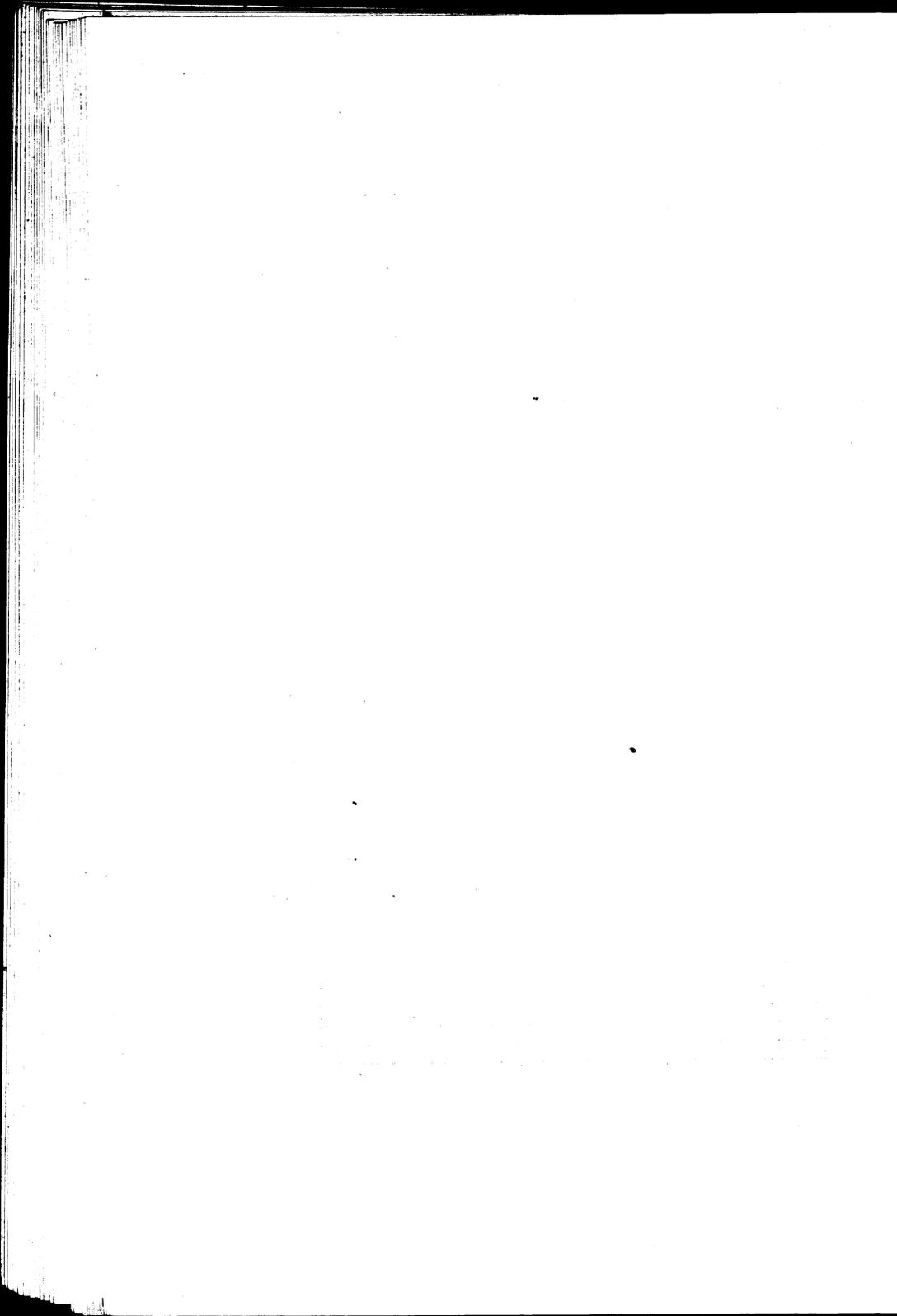
Dr. B. G. ...

Nombre D. H.

Fecha junio 25 de 1914

Ha demostrado que opera de un
debilidad esta con testimonio
sano sano

D. A. Paralítico general—estado depresivo—con ideas hipocondriacas.—Escritura desigual, temblorosa e irregular.—Prueba del cálculo: ha resuelto bien la suma; después, a causa de la debilidad de su atención y de su memoria, ha cometido errores groseros en las otras operaciones, declarándose incapaz de resolver la división.



pueda establecer una relación exacta entre los datos que han sido suministrados, es además necesario que la memoria se ejerza para que el mecanismo de las operaciones pueda ser establecido. la voluntad debe intervenir para que se realice el esfuerzo intelectual que requieren esas operaciones.

Delirio de las grandezas - Las ideas que constituyen este delirio son absurdas, múltiples y contradictorias, pueden aparecer en cualquier época de la enfermedad y se las observa con muchísima frecuencia aún en los primeros períodos, cuando todavía nada hace preveer su verdadera naturaleza.

Cuando las ideas de grandeza surgen en los comienzos del mal, constituyen una fuente importante de actos delictuosos.

Los actos que el enfermo realiza en armonía con sus concepciones delirantes determinan muchas veces su secuestro.

Las ideas delirantes son por lo común inverosímiles y absurdas, el enfermo se cree inmensamente rico (aunque siempre haya vivido en la miseria), encarna en su persona todos los grandes hombres del presente y del porvenir, resucita los muertos, etc.

Al final de este capítulo publico algunas historias clínicas que muestran las distintas formas de

este delirio con sus rasgos más característicos y frecuentes.

No insisto en su descripción porque ya me he ocupado en parte de ésto al estudiar los estados maníacos.

DELIRIOS MELANCOLICOS

El enfermo se lamenta de su situación, de la que tiene conciencia ; no tiene humor para nada y desea la muerte. En otras ocasiones se trata de un verdadero acceso melancólico, acompañado de ideas de culpabilidad, de ruina, del temor a la condenación eterna, de tendencias al suicidio ; o se declaran arruinados, reducidos a la mendicidad, piden que se les tenga compasión, etc. •

Las ideas depresivas pueden responder a lo que què se observa en la melancolía propiamente dicha : los enfermos hablan de su miseria, de su deshonor, de su culpabilidad. etc. ; pero mucho más frecuentes son las ideas hipocondriacas y de negación. El enfermo declara que no tiene estómago y que no puede alimentarse, que se le ha destruído, ligado, pervertido o robado el corazón, la vejiga, los pulmones, que su pulso ha cesado de latir, etc.

Las predisposiciones hereditarias tienen una influencia indiscutible en el desarrollo de estos delirios. Gracias a la disminución de la resistencia cerebral, la influencia psicopática se traduce por sus producciones delirantes especiales. En los sujetos predispuestos, las ideas melancólicas más constantes que otras formas de delirio pueden persistir invariables durante todo el curso de la enfermedad.

Al delirio hipocondriaco pueden agregarse las ideas micro y macromaniacas y las ideas de embarazo y de posesión. Los macromaniacos se sienten desarrollar en proporciones extraordinarias, los micromaniacos por el contrario creen que su cuerpo se reduce a dimensiones infantiles.

Las ideas de embarazo se observan no sólo en las mujeres, sino también en los hombres; algunas veces la vejiga distendida, las ansas intestinales meteorizadas sirven de punto de partida a la elaboración de este delirio, pero generalmente las ideas de embarazo no reposan sobre ninguna base aparente.

Ideas de persecución — En el curso del delirio depresivo, las ideas de persecución son relativamente frecuentes.

Pueden limitarse a interpretaciones delirantes; el enfermo se queja de que se le hace ruido para no dejarle dormir, que nota gestos de menosprecio, etc.

Sin embargo, en ciertos casos se manifiestan muy intensas, adicionadas de desórdenes sensoriales (alucinaciones predomnantes, del oído y de la vista) el sujeto cree oír personas que le calumnian y le injurian; algunos creen que se trata de envenenarlos, de hacerlos sufrir y estas ideas delirantes provocan accesos de excitación o reacciones especiales; los enfermos se mudan de casa, andan armados y toman toda clase de precauciones para defenderse contra sus enemigos imaginarios.

Tales ideas delirantes no son estables ni sistematizadas; jamás revelan la profunda convicción que se observa en los delirantes crónicos perseguidos.

Si se eliminan los desórdenes sensoriales de origen alcohólico que a veces presentan los paralíticos a su ingreso en el asilo, se puede decir que las alucinaciones son relativamente poco frecuentes y cuando existen, rara vez adquieren gran importancia. Sin embargo, en algunos casos excepcionales dominan la escena y por su intensidad, multiplicidad y persistencia intervienen de una manera muy activa en la génesis de las concepciones delirantes.

Según Maguar, las alucinaciones auditivas son las más frecuentes; les siguen las perturbaciones de la sensibilidad general; las alucinaciones del oído son muy penosas para el enfermo; le parece oír pro-

posiciones deshonrosas ; se le acusa falsamente, se le reprochan mil faltas. En ocasiones estas alucinaciones confirman las ideas ambiciosas y estos casos parecen aportar nuevos elementos al delirio de grandezas.

Otras veces acompañan al delirio melancólico y el enfermo no oye más que cosas tristes. Las ilusiones y las alucinaciones de la vista, son algunas veces análogas a las del alcohólico o difieren de ellas. A veces ven todos los objetos de un mismo color.

Las alucinaciones olfatorias y genitales y los trastornos de la sensibilidad general hacen padecer a los enfermos, y contribuyen a las ideas de persecución y a las hipocondríacas. Siente hedores infectos que exhalan sus ropas, o cree beber bebidas deliciosas ; se imagina que está electrizado, etc. Excepcionalmente se han observado alucinaciones motrices verbales.

Forma circular — El delirio depresivo sucede algunas veces al delirio expansivo, sin que haya o no en el intervalo un período de remisión.

La forma circular se traduce por la sucesión de accesos maniacos y depresivos, en otros casos se revela por alternativas de delirio expansivo y de delirio hipocondriaco.

La duración de los accesos es sumamente variable, algunas veces se limitan a un día, en otros casos se prolongan durante mucho tiempo, un año o más.

Algunos paralíticos presentan esas ideas durante algunos días o algunas semanas en el curso de su enfermedad, después entran rápidamente en la forma común; otros por el contrario, tienen alternativas hasta el último período, aún en los casos en que la demencia es completa se pueden encontrar vestigios de intermitencia.

Esta marcha particular de los accidentes resánicos parece estar en relación con la herencia morbosa.

CARACTERES GENERALES DE LOS DELIRIOS

Los delirios modifican con frecuencia el cuadro de la demencia paralítica con la adición de rasgos nuevos. Estos fenómenos añadidos pueden absorber por completo la atención del observador en perjuicio de los síntomas fundamentales ; pero un estudio más atento permite establecer la relación que existe entre este síntoma y las otras manifestaciones de la enfermedad.

Lionet y Santou sostienen en un estudio muy documentado que la herencia psicopática ejerce su influencia e interviene en más de una ocasión en la génesis de un episodio delirante.

Según Riegnan el alcohol es la piedra de toque de la resistencia cerebral ; descubre las predisposiciones vesánicas latentes, y lo mismo ocurre con la parálisis general ; apenas el cerebro está atacado por las lesiones propias del proceso, se revelan las apti-

tudes delirantes del sujeto precediendo o enmascando los signos de la debilidad intelectual ; tales son, por ejemplo, los accesos melancólicos que se acusan al principio de la enfermedad en ciertos individuos en los que los antecedentes hereditarios predisponen a esta vesania especial. Los diferentes delirios de la parálisis general son verdaderas vesanias, psicosis, semejantes a las que sobrevienen en los degenerados.

Las ideas delirantes en la parálisis general son absurdas. Todos estos estados delirantes derivan sus rasgos casi patognomónicos de la debilidad intelectual, que les sirve de base, y a ésta obedecen esa incoherencia, esa inestabilidad que tan gran contraste ofrecen con los delirios sistematizados. En el delirante crónico la memoria se conserva indemne, las facultades psíquicas superiores íntegras, quedando aquellas facultades al servicio de éstas ; así y no de otro modo, es como un delirio sistematizado puede organizarse y evolucionar de una manera metódica. Por el contrario, en el paralítico, la idea delirante surge por una influencia exterior o por el recuerdo de un hecho o de una idea y tal cual es, se impone a un espíritu falto de crítica. Además, emitida a la ventura la concepción delirante, sin la raigambre profunda del delirio sistematizado, tienen escasa estabilidad ; un incidente cualquiera basta para hacerla

aparecer y con la misma facilidad desaparece. El paralítico no está obsesionado por su delirio : se limita a enunciarlo ; ni es capaz ni tampoco muestra interés por explicárselo. Hablando con propiedad se puede decir que la idea delirante no constituye su objeto ; germina casi espontáneamente.

Uno de los caracteres dominantes del delirio de la parálisis general en su incoherencia, pero es necesario reconocer algunas excepciones.

Si no se encuentra en esta enfermedad ideas delirantes tan sistematizadas como las que se observa por ejemplo en el delirio de persecución a base de interpretaciones, puede existir sin embargo cierta cohesión en las ideas y además la persistencia de un tema principal alrededor del cual giran todas las concepciones accesorias, es bastante a menudo comparable al que se observa en la demencia precoz. Como en esta afección el sistema es en general pobre, monótono, pero algunas veces es suficientemente consistente para que el enfermo pueda ligarlo a las ideas que se presentan, a los acontecimientos que se producen, a los incidentes de la vida corriente.

En esta circunstancia el clínico está también obligado a recurrir al estudio de los antecedentes y a la investigación de los signos físicos para establecer su diagnóstico, que no puede fundarse solamente en el delirio.

Para terminar con la descripción de los caracteres generales de los delirios de la parálisis general, recordaremos que sus rasgos esenciales son la incoherencia, la contradicción y la inconstancia.

Después de consagrar algunas líneas a los estados maníacos y melancólicos sobre los cuales se desarrollan habitualmente las ideas delirantes, describiré las principales variedades clínicas de los delirios de la meningo encefalitis.

Estados maníacos — Los fenómenos de excitación maníaca que se observan algunas veces en la parálisis general, son precedidos algunas veces por un período de tristeza asociado a una disminución más o menos acentuada de las facultades psíquicas.

La exaltación maníaca puede manifestarse desde los comienzos del padecimiento y cuando la debilidad intelectual no está muy acentuada, puede quedar ocultada por aquélla. En algunas ocasiones, se da a conocer por una actividad inusitada, por la aparición de nuevas aptitudes; los paralíticos se dedican con entusiasmo al estudio, realizan operaciones financieras con éxito, demuestran una facilidad de palabra que hasta entonces no se les había reconocido nunca. En algunos no existen aún desórdenes motores ni pérdida de la memoria que hagan suponer una afec-

ción orgánica ni un estado morbozo ; se nota que el sujeto ha cambiado notablemente.

En muchos sujetos bajo la excitación cerebral se esconden los signos de la decadencia psíquica, ocurre con frecuencia que un sujeto que ha demostrado grandes facultades para los negocios o para los trabajos intelectuales, realiza a lo mejor actos inmorales que denuncian una profunda alteración mental.

Poco después aumentando la exaltación maníaca el enfermo tiene un sueño intranquilo, se vuelve locuaz, incoherente, pendenciero. Más tarde los progresos de la excitación maníaca encuentran su expresión en la euforia e irritabilidad mórbida. La euforia es a menudo muy acentuada.

El enfermo declara que se encuentra completamente sano, que nunca ha gozado de tan buena salud. Si está un poco nervioso atribuye ese estado a los padres, a los médicos y a los enfermeros que lo contrarían sin motivo.

El optimismo que se observa en los paralíticos es generalmente mucho más absurdo que el que se observa en los sujetos afectados de manía simple.

Estos enfermos son muy irritables, basta la menor contradicción y algunas veces una simple observación para provocar su cólera.

Es incapaz de hacer observaciones exactas que en el maníaco simple indican la persistencia del juicio. Los proyectos que conciben son ridículos; sus concepciones intelectuales son verdaderos disparates.

En el asilo la actitud del enfermo es de las más significativas.

En el Hospicio he tenido la oportunidad de observar un paralítico (sala del doctor Borda) en estado de excitación maníaca que habla y acciona con una mímica expresiva, dice que no está enfermo y pasa sin transición de la cólera a la alegría; se muestra satisfecho, jovial, exuberante, con una locuacidad incoherente e interminable; no puede permanecer en reposo, y se levanta, se sienta, gesticula, rompe a reír, da palmadas amistosas al médico que le asiste.

Las tendencias eróticas que se observa con frecuencia en estos enfermos, se traduce por los actos más graves. Las mujeres hasta entonces de una vida ejemplar, persiguen a los hombres sin reservas de ningún género, jóvenes correctas e intachables hasta aquel momento se entregan a la prostitución; un descote exagerado, unas polleras desmesuradamente levantadas traducen a la vez la agitación y las tendencias eróticas.

SÍNTOMAS FÍSICOS DE SEGUNDO ORDEN

Trastornos motores — Los trastornos motores más importantes ofrecen rasgos característicos, que obedecen a su generalización, a su marcha progresiva y a su naturaleza.

Estás relacionados lo mismo que los demás síntomas físicos con las lesiones del cerebro, de la médula y de los nervios.

He descrito entre los síntomas esenciales las perturbaciones de la palabra y las alteraciones óculo-pupilares, que deben ser considerados entre los desórdenes más significativos de la motilidad con respecto al diagnóstico.

Temblores — A las alteraciones de la palabra suelen acompañar en un período más avanzado de la enfermedad, el temblor de los labios y de la lengua; los esfuerzos estériles de los enfermos para

articular debidamente, determinan ondulaciones de los músculos de los labios y de la cara, o un temblor bien marcado y hasta movimientos convulsivos. Al hacerles sacar la lengua, es raro observar alguna desviación ; pero en tanto tiembla toda ella, en masa, o bien se observan sacudidas y ondulaciones vermiculares en la punta y en los bordes. Estas manifestaciones están muy lejos de tener el valor casi específico de la vacilación de la palabra ; no son constantes y pueden observarse también en los melancólicos y en los alcohólicos.

El temblor se observa también en las manos y puede generalizarse a todo el cuerpo.

Puede ser apenas apreciable, siendo necesario en estos casos una investigación minuciosa para ponerlo en evidencia, en otros casos por el contrario adquiere una intensidad extraordinaria, este último se observa sobre todo en los últimos períodos de la enfermedad ; cuando se pone la mano sobre el hombro de ciertos sujetos se la siente temblar en el curso del *delirium tremens*.

El temblor localizado en la cara es característico, casi patognomónico de la parálisis general.

El temblor de las manos es el que he observado con más frecuencia, es un temblor vibratorio, de rápidas oscilaciones, análogo al temblor alcohólico ; lo he encontrado en el 97 % de los paralíticos que

pasan por el segundo y tercer período de la enfermedad ; el porcentaje es como se ve, considerable, pero es necesario tener en cuenta que se trata de paralíticos que recorren las últimas etapas de la enfermedad.

El temblor de las manos imprime rasgos característicos a la escritura que se hace a causa de eso, irregular, desigual y grosera parecida a las primeras tentativas de un niño de la escuela.

En el curso de la parálisis general se observa algunas veces, convulsiones clónicas limitadas a un miembro, a un segmento de miembro, a un músculo, que persisten durante largos períodos. Estos fenómenos se constatan principalmente en los dedos y en la cara. Cuando los espasmos afectan a un grupo de músculos determinan movimientos automáticos coordinados. Por este mecanismo se produce el chasquido de los dientes y el movimiento intermitente de las mandíbulas que se observa con mucha frecuencia.

Todos estos movimientos automáticos escapan al control de la voluntad y no responden a ninguna idea consciente o subconsciente, actual o anterior. En algunos casos estos espasmos subsisten durante el sueño.

Los movimientos automáticos toman en ciertos casos un aspecto coreiforme.

Las contracturas pueden observarse en los primeros períodos, pero generalmente aparecen cuando la enfermedad está muy avanzada. Aparece sobre todo en ocasión de los movimientos pasivos : de donde resulta que a pesar de la buena voluntad de los enfermos, es a menudo imposible investigar el estado de sus reflejos tendinosos ; el miembro examinado se pone rígido en una posición determinada y su rigidez aumenta cuando el examinador insiste en obtener su relajación.

Las contracturas producen también el trismus y la rigidez de la nuca que se observa con relativa frecuencia en estos enfermos.

Al principio hay poca modificación en la marcha ; los enfermos pueden dar largos paseos, pero poco a poco sobreviene cierta dificultad, cierta sacudida en los movimientos ; caminan con dificultad, tropiezan, otras veces andan con las piernas muy separadas. Sin embargo la fuerza muscular no está disminuída por lo menos al principio.

Un paralítico que se tambalea al andar, al que se le caen las cosas de las manos, que apenas puede abotonarse sus ropas, es capaz de desarrollar una fuerza extraordinaria en un momento dado.

Es necesario recurrir a ciertos artificios para poner en evidencia estos transtornos ; si se le manda al enfermo que gire rápidamente se ve que oscila

y que se esfuerza durante algunos instantes en recuperar.

Con los progresos de la enfermedad la fuerza muscular disminuye y a la incoordinación motriz viene a añadirse una verdadera debilidad muscular que poco a poco va siendo más intensa.

Pero lo verdaderamente característico e importante es la generalización de los trastornos motores, todos los músculos son atacados y sólo por excepción el mal se reduce a un miembro y esto solo ocurre al principio de la enfermedad.

Los trastornos de la motilidad no respetan tampoco los músculos de la vida orgánica. El esfínter de la vejiga en muchos casos relajado, deja escapar la orina y en otro hay retención seguida de incontinen-
cia por rebosamiento. Condiciones análogas se realizan respecto a las heces fecales por parte del esfínter anal. En el período terminal el relajamiento es constante. La parte superior del tubo digestivo pierde también sus fuerzas contractiles; la faringe y el esófago son incapaces de obrar sobre el bolo alimenticio; muy voluminoso o defectuosamente masticado detenido en el esófago, comprime la tráquea y provoca accesos de sofocación o bien se detiene sobre la parte superior de la laringe, otras veces los alimentos insuficientemente triturados se detienen como una cuña en la glotis y pueden asfixiar al enfermo.

Alteraciones tróficas — Los desórdenes tróficos son frecuentes en el curso de la parálisis general especialmente en los últimos períodos ; entre ellos debe mencionarse en primer término, las escaras que pueden localizarse en todos los puntos sometidos a la presión, sobre todo en los sitios en que la piel se encuentra cerca de un plano óseo ; se la encuentra principalmente en las regiones del olécrano, del calcáneo y de los maleolos, con menos frecuencia se las observa en el dorso de la nariz, de los pómulos, etc.

La escara se rodea de una zona inflamatoria y se elimina lentamente la parte mortificada, quedando una úlcera profunda, cuyo fondo lo forma el hueso ; su aparición puede ser muy rápida, la piel se esfacela en algunas horas.

La aparición simultánea de varias escaras en distintos puntos del cuerpo permiten formular un mal pronóstico. Sin embargo mediante un tratamiento apropiado (en el Hospicio de las Mercedes se las trata con muy buenos resultados) se puede curarlas. Cuando curan dejan una cicatriz blanca, a veces exuberante, su cicatrización coexiste a menudo con una remisión.

Hace algunos años cuando no se tenían todavía buenos enfermeros en el Hospicio, las escaras eran muchísimo más frecuentes, hoy su presencia ha disminuído sensiblemente, gracias al concurso de un

personas práctico, inteligente y bien dirigido, solo se observan estas complicaciones en los casos muy graves, esto nos demuestra que el celo y la preparación de los enfermeros intervienen como factores muy importantes en la frecuencia de su producción. Pero es necesario agregar que en ciertos casos las escaras son inevitables por más precauciones que se tomen.

En los casos de tabo parálisis se observa algunas veces el mal perforante plantar, excepcionalmente se la encuentra en la meningo encefalitis simple.

Entre los desórdenes tróficos deben mencionarse también, el vitiligo, el zona, el aspecto ictiósico de la piel, la atrofia muscular, la disminución de la excitabilidad eléctrica de los miembros, la caída de los cabellos, su decoloración, las pigmentaciones, los lipomas simétricos y las artropatías.

El hematoma auricular está constituido por una colección sanguínea situada en el pabellón de la oreja, entre el cartílago y el pericondrio, con rotura del cartílago casi siempre. Su tamaño es esencialmente variable, oscila entre el volumen de un guisante al de una nuez; en unos casos es duro y crepita a la presión del dedo y en otros es fluctuante. El tumor disminuye poco a poco de volumen, pero el pabellón de la oreja queda irregular, engrosado, endurecido, con abolladuras resistentes e indelebiles.

También en esto tiene importancia las precauciones de los enfermeros porque en muchos casos los hematomas auriculares son el resultado de actos de violencia.

Entre las alteraciones tróficas de menor importancia figuran la canicie y la estriación y opacidad de las uñas.

Desórdenes vasomotores — Las perturbaciones circulatorias periféricas son relativamente frecuentes, se las observa sobre todo en la cara que se pone vultuosa y en las extremidades que se ponen cianóticas y frías. También denuncian estos desórdenes los ictus apopléticos y el descenso de la temperatura.

Las modificaciones vaso-motoras explican también la existencia de edemas. bastante frecuentes, e independientes de toda enfermedad del corazón y de los riñones; se localizan principalmente en las partes declives y sobre todo en las piernas; se trata de un infiltrado dura, indolente, blanca o rosada que se disipa rápidamente por el reposo en el lecho.

De la misma manera se explican las hemorragias espontáneas como las eístasis, la púrpura y los hemotomas.

Trastornos de la sensibilidad — Nada hay de más variable que los trastornos de la sensibilidad en la

parálisis general. Se puede encontrar hiperestesia, nua anestesia generalizada y la disminución de la sensibilidad al dolor ; algunos de estos enfermos soportan intervenciones quirúrgicas sin experimentar dolor alguno, y hasta se hacen a sí mismos mutilaciones dolorosísimas. En algunos se notan un retardo en la trasmisión de las sensaciones, errores en su localización, una disminución de la sensibilidad térmica y trastornos de la sensibilidad muscular.

Las alteraciones subjetivas se observan principalmente en la tabo-parálisis, entre éstas, las más importantes y las más frecuentes son la cefalalgia y las neuralgias asociadas o no a los dolores fulgurantes y a las visceralgias.

Algunos enfermos acusan hormigueos de las extremidades, calambres, neuralgias variadas, dolores vagos y generalizados, gastralgias, cistolgia, etc. Estos fenómenos indican lesiones medulares.

El prurito sin glciosuria y sin accidentes cutáneos primitivos es frecuente. Algunas veces es tan intenso que obliga a los enfermos a excoriarse profundamente para calmarlo momentáneamente.

Las alteraciones de la sensibilidad pueden ser el punto de partida de un delirio de naturaleza variable.

El olfato y el gusto pueden estar disminuídos o abolidos ; los enfermos llevan a su nariz y a su

boca las substancias más repugnantes. También se ha observado cierta debilidad del oído, hiperacusia, zumbidos de oídos, etc. La visión se encuentra también afectada en gran número de casos, y en muchos de ellos antes de que principie la enfermedad (Ambliopia) en algún caso raro está abolida en uno o en los dos ojos.

Trastornos de las secreciones — Las investigaciones que se han hecho sobre las modificaciones de la composición de las orinas no permiten sacar deducciones importantes.

Se ha notado un aumento en los fosfatos y sulfatos, en el período de caquexia. También se han observado, refiriéndolos a las lesiones bulbares, la poliurea, glucosuria y peptonuria.

De las perturbaciones de la micción ya me he ocupado al estudiar los trastornos de la motilidad de los músculos de la vida orgánica.

En algunos casos se observan crisis de sialorrea; el ptialismo es en ciertos casos tan intenso que impide el sueño; los enfermos fatigados de deglutir la secreción que llena su boca, dejan que se derrame al exterior sobre su ropa.

La hiperhidrosis, generalizada o localizada a una parte del cuerpo, se observa igualmente en forma de crisis paroxística.

Trastornos del aparato circulatorio — Las lesiones neuríticas o bulbares que se observan en la parálisis general pueden determinar modificaciones del ritmo cardíaco, independientemente de toda lesión del miocardio.

En estos últimos años se han hecho numerosas investigaciones sobre la sangre de los parálíticos generales. El número de glóbulos rojos está aumentado, en cambio se ha constatado una disminución de la hemoglobina y del valor globular. No hay leucocitosis en los primeros períodos de la enfermedad, pero el número de los leucocitos se eleva después de los ataques congestivos. Se ha constatado también un aumento de los polinucleares neutrófilos y de las formas intermediarias.

Las lesiones de la aorta son frecuentes en la parálisis general; están en relación con la frecuencia de los antecedentes sifilíticos.

La insuficiencia del miocardio se acentúa en los últimos períodos de la enfermedad.

Trastornos de la calorificación — La parálisis general en sus fórmulas simples, es decir, cuando evoluciona sin complicaciones es habitualmente apirética.

En ciertos casos la temperatura se eleva a 39° o 40° y persiste durante varios meses, sin que se

pueda constatar la causa que la determina ; según algunos autores se debe atribuir estas crisis hipertérmicas a lesiones diversas del sistema nervioso y para otros serían el resultado de una auto-intoxicación, pero estas teorías no han sido todavía confirmadas.

En los estados de agitación maníaca y en las formas depresivas se ha observado la hipertermia (38° o 39°) ; por lo tanto la fiebre no guarda relación con la agitación muscular, sino con la lesión de los centros nerviosos.

Los ataques apopléticos y epileptiformes determinan modificaciones importantes de la temperatura.

En oposición con las alteraciones hipertérmicas que acabo de describir se pueden constatar descensos considerables de la temperatura.

Perturbaciones del aparato respiratorio — En el curso de la parálisis general son frecuentes las perturbaciones del aparato respiratorio especialmente en los enfermos debilitados que son presa de los microbios que habitualmente atacan al pulmón ; que a causa de la disminución de las resistencias orgánicas encuentran un terreno propicio para su desarrollo.

Aparato digestivo — El apetito de los paralíticos generales está en cierto modo subordinado a

su estado de ánimo y muchas veces también a la naturaleza de su delirio; exagerado en las formas expansivas, buena asimilación y como consecuencia buen estado de nutrición. En las formas melancólicas por el contrario, los enfermos no tienen apetito y sufren trastornos más o menos acentuados de sus funciones digestivas que se traducen por la fetidez del aliento por el estado saburral de la lengua y por constipación o diarrea; pero por lo general, la alimentación es regular; el apetito suele estar exagerado y el enfermo, en su voracidad, se apodera de todo lo que encuentra para llevarlo a su boca con glotonería. En tal caso engruesa rápidamente y su cara está en buen color. Aparte del estreñimiento o de las evacuaciones involuntarias, las funciones digestivas no ofrecen nada digno de mención hasta el período de caquexia.

Bajo la influencia de las lesiones extensas y acentuadas del sistema nervioso, la nutrición acaba por sufrir una alteración profunda. A la obesidad sucede un adelgazamiento rápido, relacionado con una sobreactividad patológica de los fenómenos de desasimilación, que es la extenuación paralítica.

Trastornos del aparato genital — Exagerados al principio de la parálisis general las funciones genitales se encuentran abolidas o muy disminuídas

en la mayor parte de los casos. Algunos autores tan cierta importancia para el diagnóstico a la evolución de los trastornos del aparato genital, se observa con frecuencia en los antecedentes de los paralíticos generales un período de exaltación sexual seguido de frigidez que se puede considerar esta manifestación como uno de los sistemas del comienzo de la enfermedad.

En muchos casos la menstruación desaparece.

Accesos epileptiformes — A los síntomas que hemos enumerado pueden añadirse algunos fenómenos que dependen del predominio de la esclerosis en ciertas regiones del cerebro y de otras lesiones circunscritas coexistentes, independientes de la encefalitis intersticial difusa. Según su localización pueden presentarse accesos epileptiformes o apopleptiformes, los movimientos automáticos, la afasia, la hemiplegia, etc., por excitación o destrucción de los centros sensitivos motores

Los accesos epileptiformes dependen de los focos de esclerosis o de congestión activa en la zona motora. Estas temibles complicaciones pueden manifestarse en cualquier período de la enfermedad, pero con los progresos que ésta hace, aumentan aquellos en frecuencia y a veces son los signos precursor-

res que precipitan la terminación del proceso por la muerte.

Estos accesos simulan la epilepsia, pero las auras son raras. En algunos casos se limitan a vértigos: el enfermo vacila, se ve obligado a detenerse un instante o apoyarse; la cara palidece o se congestiona. Estos fenómenos pasajeros vayan o no acompañados de gestos, de ligeras convulsiones de los miembros, de pérdida del conocimiento, van seguidos de una mayor dificultad en la emisión de la palabra, de confusión en las ideas. Por lo general, son accesos análogos a las crisis convulsivas epilépticas; sin embargo algunas veces se distinguen de éstas por la extensión del período comatoso consecutivo que se prolonga durante muchas horas y aún días por la decadencia mental que traen consigo y por la contractura que dejan. El sujeto grita, cae, queda rígido, su cara palidece y después se congestiona; la lengua queda mordida entre los dientes, una espuma sanguinolenta fluye por la boca y las materias fecales y la orina se expelen involuntariamente. Después aparecen las convulsiones tónicas primero, clónicas después, o clónicas solamente desde un principio; unas veces son generalizadas y otras están limitadas a un solo lado del cuerpo o a un solo miembro. En algunas ocasiones sobreviene una serie de accesos más o menos próximos

(estado del mal) que puede prolongarse durante muchos días hasta que termina habitualmente por la muerte. Pueden coincidir estos ataques con el desarrollo rápido de las escaras.

Ataques apoplectiformes — Son frecuentes, sobre todo en el último período; a veces suelen marcar el comienzo de la enfermedad en unos casos no se observa más que la congestión de la cara, somnolencia, confusión de las ideas, o bien se trata de un verdadero ataque de apoplejía con caída, pérdida del conocimiento, estado comatoso, elevación de la temperatura y escaras en las nalgas.

Generalmente los accesos epileptiformes o apoplectiformes van seguidos de una elevación de la temperatura; de los quince a los sesenta minutos después del ataque, el termómetro se eleva a 39° o 40° y el pulso aumenta de frecuencia. En algunos casos a continuación de los ataques epileptiformes aparecen trastornos intelectuales, casi siempre transitorios.

Habitualmente, después de los ictus cerebrales, los síntomas se agravan acentuándose la debilidad intelectual y los fenómenos motores.

Los ataques histeriformes y sincopales se observan algunas veces.

La afeasia motriz es rara; puede presentarse pasajeramente, consecutiva o un ictus cerebral y persistir

de un modo constante o desarrollarse progresivamente. También se han observado monoplegias y hemiplegias. Por excepción resultan estos trastornos de una hemorragia o de un foco de reblandecimiento cerebral y más bien están relacionados con el predominio de la esclerosis y de la atrofia de los centros motores. No se acompañan nunca de degeneración secundaria y casi siempre son pasajeros y menos acentuados que en las lesiones circunscriptas.

La irritación de los centros motores da lugar a los movimientos automáticos. Son independientes de la voluntad del enfermo que no puede corregirlos a pesar de las molestias que experimenta a consecuencia de ellos. Entre estos merecen especial mención: el de los dientes, los movimientos de deglución, los tics convulsivos de la cara, los movimientos coreiformes (hemicorea, atetosis, etc.), también deben referirse a la excitación de los centros motores corticales en un gran número de casos, la rigidez localizada en un miembro que opone cierta resistencia a los movimientos que se le imprimen, la contractura de un lado del cuerpo, la de los miembros inferiores, a veces muy exagerada, la de los músculos del cuello (flexión o extorción permanente), la de los maséteros, etc.

Para terminar con la enumeración de estos síntomas originados por las causas que hemos enuncia-

do, dedicamos algunas líneas a la afasia motriz que se observa muy raras veces, generalmente aparece consecutivamente a un ictus cerebral y en tal caso puede persistir de un modo constante o desarrollarse progresivamente. Más raras aún son las monoplegias y las hemoplegias. Por excepción revelan ciertos trastornos una hemorragia o un foco de reblandecimiento cerebral y más bien están en relación con el predominio de la atrofia o de la esclerosis de los centros motores. No se acompañan nunca de degeneración secundaria y casi siempre son pasajeros y menos acentuados que los trastornos determinados por las lesiones locales.

Hemos pasado por alto los desórdenes de la sensibilidad porque ya nos hemos ocupado de ellos al discutir las analgesias, hemianestesia, sordera verbal, etc.

HIFERLEUCOCITOSIS

La importancia semiológica de la hiperleucocitosis del líquido céfalo-raquídeo, que constituye uno de los síntomas cardinales de la parálisis general, es un hecho que está actualmente demostrado y me ha sido dado comprobarlo en todos los enfermos que he examinado.

Antes de abordar el estudio de las alteraciones del líquido céfalo raquídeo, describiré la técnica de la función lumbar que en los alienados es más o menos igual a la que se sigue para los demás enfermos.

Demás está decir que a causa del estado mental de estos enfermos es inútil darles explicaciones sobre la naturaleza y el objeto de la operación que se les va a practicar, pero siempre se debe pedir a los parientes del enfermo, la autorización para punzarlos.

En el curso de esta sencilla operación pueden sobrevenir accidentes serios por causas diversas : falta de asepsia, errores de diagnóstico (tumor cerebral) ruptura de la aguja, etc. Los paralíticos generales deben ser considerados como menores y no tenemos derecho de practicar en ellos una operación por sencilla que sea sin el consentimiento de la familia.

TECNICA DE LA PUNCION LUMBAR

La punción raquídea se practica por debajo de la 2ª vértebra lumbar. Se penetra en el canal vertebral a la altura del 4º espacio lumbar o al nivel del espacio lombo-sacro.

En la mayoría de los casos es relativamente fácil determinar la depresión sacro-lumbar y de la 1ª vértebra sacra que lo limitan.

En los sujetos musculosos o muy gordos se puede tener alguna dificultad en apreciar por la palpación la situación exacta de las apófisis espinosas. En esos casos se debe recordar que la apófisis espinosa de la 4ª lumbar se encuentra sobre una línea transversal tangente a las crestas ilíacas y que el espacio lombo-sacro está situado a igual distancia de la lí-

nea precedente y de otra línea transversal que reuna las espinas ilíacas póstero-superiores.

Es conveniente insensibilizar la piel por medio de una pulverización de cloruro de etilo o haciendo una inyección de cocaína para evitar los movimientos voluntarios o reflejos que realiza el enfermo en el momento de la punción y que podría dar lugar a la imbricación de las láminas vertebrales lumbares impidiendo la penetración de la aguja.

La anestesia local no es indispensable porque generalmente los enfermos toleran perfectamente la intervención (que es muy poco dolorosa) sin realizar ningún movimiento; en el Hospicio de las Mercedes solo se usa la anestesia en los enfermos nerviosos e impresionables.

La función lumbar se practica con una aguja especial de 10 cms. de longitud, con un diámetro de un milímetro y que tiene una de sus extremidades tallada en bicel.

Para practicar la punción se coloca al enfermo en decúbitus lateral con las piernas flexionadas sobre los muslos y los muslos sobre la pelvis; colocando una almohadilla por debajo del flanco que reposa sobre la cama, se obtiene el máximum de separación entre las láminas vertebrales. Más cómodo es sentar al enfermo sobre la cama, con el tronco flexionado y los codos apoyados sobre los muslos, pe-

ro esta posición no es posible en los enfermos muy debilitados.

Con el índice izquierdo se palpa la apófisis espinosa de la 5ª vértebra lumbar y se hace penetrar la aguja inmediatamente por debajo de esa saliencia, a un medio centímetro de la línea mediana.

Se introduce el instrumento con suavidad y progresivamente se le va dando una inclinación hacia arriba y adentro para no tropezar con las láminas vertebrales. La aparición de algunas gotas de líquido céfalo-raquídeo al nivel del orificio exterior de la aguja indica que la punta ha penetrado en el espacio subaracnoideo, es decir, a una profundidad que varía de 4 a 7 centímetros.

Si el líquido no sale a pesar de la sensación característica que se obtiene al atravesar el ligamento amarillo, se debe aspirar con la jeringa o atravesar el instrumento con un hilo de plata para extraer los cuerpos extraños (sangre coagulada o restos de tejidos) que lo obstruyen.

Si estos procedimientos fracasan se saca la aguja y se practica otra punción en el costado opuesto.

Puede suceder que la aguja sea detenida por un plano resistente constituido por una de las láminas vertebrales, generalmente la superior; en ese caso no se debe tratar de contornear el hueso porque se correría el riesgo de torcer o de romper el

instrumento, haciendo sufrir inútilmente al enfermo. Es más conveniente retirarla un poco y hundirla nuevamente, disminuyendo la oblicuidad que se le había dado al introducirla.

Al retirar la aguja se cubre el sitio de la punción con un poco de colodio.

Después de la intervención, el enfermo debe permanecer 24 horas en el lecho, con la cabeza baja y la pelvis ligeramente elevada por una almohadilla.

Todos los enfermos que hemos punzado han soportado perfectamente la intervención, sin que tuviésemos que lamentar ningún accidente.

Habitualmente el líquido céfalo-raquídeo de los paralíticos generales es límpido como agua filtrada, cuando no ha sido accidentalmente teñido de sangre. Las investigaciones que se han practicado sobre su composición química no han permitido sacar conclusiones aplicables al diagnóstico.

Las investigaciones de Ardin, Secard, Monfrin y de otros autores, han demostrado que el líquido céfalo raquídeo carece de propiedades tóxicas, a fin de comprobar estos resultados se han inyectado 10 centímetros cúbicos de este líquido a varios conejos,

sin que les provocase ningún fenómeno de intoxicación inmediata o alejada.

El líquido céfalo raquídeo de los paralíticos generales no contiene microbios, es completamente estéril también durante los ictus y aún en el período agónico de los enfermos sumidos en plena caquexia, así lo han demostrado los trabajos de Laignel, Larastine, Clergies, etc.

Los estudios realizados por Guillain y Parant en las clínicas de Saint'Ane han demostrado que existe un aumento de la cantidad albúmina contenida normalmente en el líquido céfalo raquídeo en el curso de diversos estados patológicos de las meníngeas y especialmente de la parálisis general, estas investigaciones han sido corroboradas por otros experimentadores y especialmente por Wolf, Quinke y Muod, que se han ocupado especialmente de estas cuestiones.

Para investigar la albúmina patológica en el líquido céfalo raquídeo, se emplea el procedimiento de Hammerten: cuando se lleva a ebullición dos o tres centímetros cúbicos de líquido céfalo raquídeo normal se observa una ligera opalescencia que es debido a la presencia de una cierta cantidad de globulina. Si se precipita ésta en frío por una solución de sulfato de magnesia y si después de filtrada

se la hace hervir, el líquido queda límpido. Cuando el líquido proviene de un paralítico general la ebullición provoca una alteración uniforme y muy pronunciada ; si después de la precipitación en frío de la globulina se hace actuar el calor, el líquido se altera por la presencia de serina que no existe al estado normal.

Según Guillant y Parant es inútil el dosaje de la albúmina, la apreciación visual es suficiente para distinguir las cantidades normales de las patológicas y esto basta para las necesidades de la clínica.

Este método me ha permitido constatar una opalescencia muy pronunciada en el líquido de los paralíticos generales, debida a la vez a un aumento de la globulina fisiológica y a la presencia patológica de la serina.

Para investigar los elementos que puede contener el líquido céfalo raquídeo he utilizado el método indicado por Widal, Scaird y Revamt que consiste en lo siguiente : Se toman cinco centímetros cúbicos de líquido y se los centrifuga con la centrifuga de Krauss que da 3.000 vueltas por minuto, después se decanta el líquido y con una pipeta capilar se busca el depósito que ha permanecido adherente al fondo del tubo ; este depósito mezclado a la pequeña cantidad de líquido que ha quedado sobre las paredes del tubo, sube por capilaridad en la pipeta. Se

deposita el contenido de la pipeta por gotas sobre varias láminas. Cuando las gotas están secas se las fija por medio del licor de Hoffman. Se las lava cuidadosamente con agua para disolver las sales depositadas y finalmente se las colorea con azul policromo de Unna o con eosina (solución alcohólica).

Hemos empleado también con muy buenos resultados el triácido de Ehrlich que colorea los núcleos de violeta, las granulaciones eosinófilas de rojo, las neutrófilas de azul y los glóbulos rojos de amarillo naranja.

En 1901, Widal, Sicart y Ravant descubrieron la presencia de numerosos leucocitos en el líquido céfalo raquídeo de los paralíticos generales. Más tarde Burcier presentó al Congreso de Grenoble los resultados suministrados por el estudio citológico del líquido céfalo raquídeo de los paralíticos generales. Estas constataciones fueron confirmadas por numerosos experimentadores.

En el líquido céfalo raquídeo normal se observan muy pocos leucocitos, en la parálisis general el campo del microscopio aparece por el contrario casi totalmente cubierto por estos elementos citológicos. El líquido céfalo-raquídeo de los paralíticos, contiene de 15 a 25 % de lenfocitos y algunos polinucleares, raras veces se observan mononucleares gran-

des y pequeños y excepcionalmente se encuentran hematies y células endoteliales.

Dice Yoffro, que en el estado actual de la cuestión y bajo el punto de vista especial de la práctica psiquiátrica, no existe una fórmula leucocitaria determinada del líquido céfalo-raquídeo en la parálisis general, y que lo único que se puede constatar de una manera constante y regular es el aumento del número de leucocitos.

La hiperleucocitosis es un síntoma precoz de la parálisis general, es en muchos casos el primer síntoma físico que se puede constatar. En los diversos estados psicopáticos y neuropáticos puede ser el único indicio revelador de la existencia de una parálisis general, este hecho demuestra toda su importancia. Según muchos autores la leucocitosis es más abundante al principio de la enfermedad que en sus fases terminales.

La reacción del líquido céfalo-raquídeo persiste en los períodos de remisión de la parálisis general.

La presencia de linfocitos en el líquido céfalo-raquídeo de los paralíticos generales está en relación con las lesiones de la pía-madre y de sus vasos; de las únicas vasculares los leucocitos emigran a los espacios subaracnoideos.

En resumen se puede decir que la inflamación crónica de las meningeas, se traduce por la existen-

cia de linfocitos en cantidad anormal en el líquido céfalo-raquídeo.

Cuando en un psicópata el microscopio demuestra la ausencia de elementos figurados en el líquido suministrado por la punción lumbar, se puede descartar la parálisis general entre sus causas probables, pero es necesario tener en cuenta, que esta regla como todas las que se han establecido en la biología, sufre algunas excepciones, en efecto, Mercier y Bugnot han constatado la ausencia de linfocitos en el líquido céfalo-raquídeo proveniente de cuatro enfermos, indiscutiblemente afectados de parálisis general.

La constatación de la hiperleucocitosis permite eliminar en el diagnóstico, a todos los estados psicopáticos que puedan realizar el síndrome paralítico que no estén acompañados de una inflamación crónica de las meningeas, se simplifica así notablemente el diagnóstico; que queda reducido al grupo restringido de afecciones susceptibles de provocar la emigración de leucocitos al líquido céfalo-raquídeo y que son principalmente al tabes y la sífilis cerebro espinal.

Para terminar diré que me parece más práctico y más sencillo el procedimiento de Hammersten para investigar la albúmina patológica y es a mi juicio

el que se debe emplear ; nos ha siempre dado muy buenos resultados.

Prefiero también el reactivo de Ehrlich para colorear las preparaciones de líquido espinal, los linfocitos aparecen más perfectamente teñidos, y se presentan con más nitidez.

Por los resultados que he obtenido en mis investigaciones opino lo mismo que muchos alienistas, que la función lumbar puede prestar grandes servicios en los casos incipientes, que se presentan más o menos confusos y que la investigación del líquido extraído por el procedimiento de Nougé que puede ejecutar cualquier médico, sin necesidad de muchos preparativos puede aclarar las dudas.

ALTERACIONES DEL LENGUAJE

Alteraciones psicológicas y psicográficas — La disminución de la memoria síntoma precoz de la parálisis general se traduce en el lenguaje por una amnesia verbal de intensidad variable (y que no guarda ninguna relación con la afasia).

La inteligencia debilitada del enfermo se limita a expresar el pensamiento por términos inexactos o por expresiones vagas y generales como «tierra, hombre, etc.», este fenómeno, se traduce por una serie de incoherencias en el discurso. Por la prueba de la designación de los objetos se puede poner en evidencia la amnesia verbal, cuando es poco marcada, lo que ocurre habitualmente en los primeros períodos de la enfermedad.

Esas alteraciones de la memoria resultan de que el enfermo no puede prestar una atención sostenida a causa de su apatía. Si por estímulos apropiados se consigue sacar al enfermo de su indife-

rencia y fijar su atención, pueden a veces suministrar el término exacto. La amnesia verbal del paralítico general se distingue así de la del viejo cuya característica es la de aumentar con los esfuerzos para vencerla, que busca angustiosamente la palabra sin encontrarla.

La amnesia verbal y el empleo de términos incorrectos se encuentra en los escritos de los paralíticos generales, pero las alteraciones de la memoria y de la atención se revelan por faltas de ortografía; omisión o repetición de palabras o de sílabas.

Las faltas de ortografía es uno de los síntomas más precoces de la parálisis general y se las observa en los sujetos más instruídos, son por lo común incorrecciones groseras, evidentes y que se caracterizan por su variabilidad de un momento a otro. La falta más frecuente es la omisión de una o de varias letras y a veces de una sílaba; de la simple incorrección ortográfica, el enfermo pasa insensiblemente a la omisión de palabras.

La elisión literal o silábica en la escritura no puede ser asimilada a la que se produce en el lenguaje hablado, ésta es el resultado de una alteración motriz, de una disartria la otra se debe a una falta de memoria y de atención.

En oposición con la elisión se observa la repetición literal o verbal, las letras y las sílabas son

repetidas inútilmente ; las mismas palabras, las mismas frases son escritas varias veces seguidas.

En los escritos patológicos se puede investigar las alteraciones que provienen de la caligrafía ; ejecución matemática del escrito y de la psicografía (contenido del escrito). Estas alteraciones pueden estudiarse en los escritos espontáneos, en las copias, en los dictados y en las pruebas de escritura aplicada. Cada procedimiento permite estudiar las manifestaciones gráficas de la parálisis general.

Los escritos espontáneos indican el estado de la ideación, la forma y la marcha de la asociación de ideas ; en las formas delirantes, puede traducir la naturaleza y la forma del delirio. El acto de copiar o de escribir se hace por combinaciones del lenguaje de recepción y del lenguaje de transmisión, además la copia pone en juego la atención mientras que el dictado nos enseña el estado de las imágenes y de las palabras, es, dice Rouges de Foursac por una parte la prueba del desarrollo psíquico y por otra parte la prueba de la memoria, en cuanto a la escritura aplicada es la prueba de la función motriz.

La escritura tiene en los paralíticos generales una fisonomía especial que indica claramente los rasgos salientes del carácter y de la inteligencia de estos enfermos. Los documentos escritos nos per-

miten en ausencia del individuo y aún después de su muerte formarnos una idea exacta del estado de sus centros nerviosos. Los escritos de los parálíticos generales reflejan no solamente el estado de la atención y de la memoria sino también la forma de sus ideas delirantes. Reproducimos algunos diagramas pertenecientes a varios enfermos que hemos observado en el Hospicio de las Mercedes y que demuestran claramente las diversas perturbaciones que caracterizan los escritos de los parálíticos generales.

Al principio los escritos de los parálíticos son notables por su estilo ampuloso y enfático lleno de pretensiones literarias de palabras subrayadas con una exageración de sus cualidades personales. Más tarde cometen faltas de ortografía que no están en relación con su educación, omiten palabras, no fechan las cartas, etc.

Las alteraciones de los sentimientos y de la emotividad sintomática del debilitamiento intelectual provocan perturbaciones psicológicas y psicográficas importantes.

Se observa con frecuencia en los parálíticos una tendencia marcada al lenguaje vulgar que no está en relación con su grado de educación.

El estado emocional se traduce en los parálíticos por variaciones de la entonación, estas pertur-

baciones se ponen particularmente en evidencia por la lectura, con frecuencia la entonación está en desacuerdo con el contenido de la frase : algunos paráliticos leen con una entonación triste una historia chistosa y alegre o viceversa.

Los enfermos escriben en papeles de todas formas y de todas dimensiones sin preocuparse si han sido o no anteriormente escritos, los escritos aparecen manchados con tinta, grasa y manchas de todas clases. Guardan las cartas en sobres sucios que ellos mismos fabrican, algunas veces los escriben con direcciones inútilmente complicadas.

Con los progresos de la enfermedad, el funcionamiento automático de la actividad mental se va acentuando y da lugar a una nueva alteración psicológica, la ecolalia ; la repetición de la palabra o de la frase que acaba de ser escrita se observa desde el principio de la enfermedad como manifestación de una falta de atención, el enfermo reproduce voluntariamente lo que acaba de oír, a fin de darse tiempo para encontrar la respuesta, es un procedimiento utilizado por todos los sujetos en estado de distracción habitual. Más tarde la ecolalia se hace en ciertos enfermos habitual o inconsciente ; pero este síntoma no tiene mucho valor para el diagnóstico, porque puede encontrarse en las demencias or-

gánicas, en la afasia y en ciertos estados demenciales.

En los últimos períodos de la parálisis general el enfermo deja de hablar y de escribir a pesar de la ausencia de afasia y de agrafia, este mutismo sobreviene, como hemos dicho en el tercer período de la enfermedad y no debe confundirse con el silencio que se observa en ciertos paralíticos que tienen ideas de negación, en este caso el mutismo es menos absoluto y no es definitivo; esta distinción no ofrece dificultades porque habitualmente estos enfermos advierten verbalmente que son mudos, que no tienen lengua, que no tienen riñones, que están muertos.

Al lado de estas alteraciones que hemos descrito y que dependen del debilitamiento intelectual se debe estudiar las que resultan de los delirios de agitación o de depresión psíquica.

La excitación maníaca de los paralíticos se traduce por la logorrea.

Entre las manifestaciones más precoces y más importantes de las alteraciones intelectuales se cuentan las perturbaciones del lenguaje y tienen la misma significación diagnóstica y pronóstica.

Pero la intensidad de estos síntomas no guarda relación con el grado de las alteraciones anatómicas ni con la antigüedad de las lesiones: desde

las primeras manifestaciones clínicas de la meningo-encefalitis las alteraciones psicológicas y psicográficas pueden afectar el máximo de intensidad ; en otros casos por el contrario, a pesar de la gravedad de las alteraciones motrices y a pesar de la antigüedad de la afección, la inteligencia y el lenguaje se muestran poco afectados. Las localizaciones cerebrales de la meningo-encefalitis y el grado variable de difusión de las alteraciones funcionales de vecindad explican estas modalidades clínicas. Bajo la influencia de las remisiones las alteraciones del lenguaje de origen psíquico se atenúan en una proporción variable según los casos, pero es completamente excepcional que algunos signos no indiquen el déficit intelectual que subsiste a pesar de la mejoría.

Alteraciones afásicas — Las alteraciones afásicas son determinadas por lesiones de los centros corticales del lenguaje.

La afasia se observa a menudo al principio de la enfermedad y constituye casi siempre un síntoma transitorio.

La afasia motriz aparece comúnmente después de un ictus que ha sido o no acompañado de fenómenos convulsivos y de una hemiplegia derecha ; esta afasia retrocede rápidamente y al cabo de al-

gunas horas o de algunos días desaparece completamente; es como se ve un fenómeno pasajero y que puede repetirse un cierto número de veces, pero a pesar de esto nunca se instala de una manera definitiva.

Sin embargo, en ciertos casos puede observarse una afasia motriz persistente; sobre todo en los paralíticos generales que han pasado del segundo período de la enfermedad y estos casos especiales son de una interpretación dudosa y difícil.

El diagnóstico de la causa de esta afasia transitoria puede ser sumamente difícil porque existen muchas enfermedades capaces de determinar un cuadro sintomático semejante; especialmente la sífilis cerebral, la arterioesclerosis y la jaqueca oftálmica. La hemorragia cerebral en cambio no da lugar a alteraciones afásicas según los clásicos; pero una hemorragia que se produce en la parte anterior de la cápsula externa y que da lugar a la formación de un coágulo que reduce y comprime la substancia cortical puede determinar una afasia motriz que desaparece de una manera más o menos completa por reabsorción del coágulo.

Los tumores cerebrales pueden dar un síndrome análogo, la patogenia de esta afasia no ha sido bien aplicada, pero el hecho existe.

La afasia sensorial es menos frecuente que la motriz. Se presenta por lo general bajo la forma de cecidés y sobre todo de sordera verbal, de parafasia y se muestra como la afasia motriz bajo el aspecto de pequeños ataques sucesivos, sin que (por lo general) los enfermos pierdan el conocimiento.

La afasia sensorial puede presentarse bajo la forma de ataques sucesivos, pero lo mismo que la afasia motriz no tiene tendencia a instalarse definitivamente.

Lo mismo que la afasia, la agrafia puede existir al principio ó en el curso de la parálisis general, con o sin parálisis de los miembros del costado derecho; la agrafia no persiste mucho tiempo; después de una crisis los enfermos pueden volver a escribir.

Existen formas persistentes de las diversas variedades de afasia, sobre todo en los últimos períodos de la enfermedad, pero exige para manifestarse lesiones mucho más intensas que las alteraciones córtico-meníngeas que se observan habitualmente. Las lesiones tienen que ser sumamente profundas y extensas para poder determinar fenómenos de afasia y de agrafia que se instalan de una manera definitiva.

Alteraciones artrolálicas y caligráficas — Por su frecuencia, su intensidad y su constancia las al-

teraciones de la palabra son consideradas como uno de los síntomas cardinales de la parálisis general. La época de su aparición es esencialmente variable ; algunas veces se los puede constatar desde el comienzo de la enfermedad.

Ciertos factores influyen de una manera manifiesta y evidente sobre su intensidad, la fatiga de una manera general y más particularmente la fatiga de los órganos fonadores ponen de relieve las perturbaciones altrolálicas. Los excesos alcohólicos, sexuales, u otros producen el mismo efecto ; en ciertos enfermos sólo son apreciables después de los ictus ; en todos adquieren entonces su maximum de intensidad.

El procedimiento clínico clásico para investigar la disartria consiste en hacer pronunciar las palabras de prueba.

Siguiendo lo que enseña el doctor Cabred en sus clases, yo los hago pronunciar las siguientes palabras : artillero de artillería, anticonstitucionalmente, ministro plenipotenciario, etc.

Algunos enfermos repiten correctamente estas palabras, pero la mayoría de los paralíticos tienen grandes dificultades para articularlas.

Voydt atribuye más importancia a la disartria que sobreviene en el curso de los discursos espontáneos que la que se produce experimentalmente

por la lectura o la pronunciación de palabras difíciles.

La disartria puede ser evidente desde las primeras palabras pronunciadas por el sujeto, otras veces se manifiesta accidentalmente en el curso de una larga conversación.

La articulación de las palabras más usuales basta algunas veces para ponerla en evidencia, en otros enfermos por el contrario, sólo se la observa en la pronunciación de palabras difíciles formadas por muchas sílabas.

Otro procedimiento para investigar la disartria consiste en hacer leer al enfermo ; cuando sobreviene la fatiga inherente a la lectura en alta voz, que se produce rápidamente en la parálisis general, se constata fácilmente las faltas de articulación ; pero es necesario tener en cuenta que existen algunas causas de error porque muchos neuropatas son incapaces de leer en alta voz durante algún tiempo delante de personas estrañas, sin cometer errores ; lo mismo ocurre con las personas habituadas a leer ligero, mentalmente y a prestar más atención a las ideas que a la forma gráfica que las expresa.

No se puede en una descripción, dar una idea exacta de las alteraciones artrolálicas de los parálíticos generales, la observación directa suministra

una demostración mucho más clara y más característica.

En el Hospicio de las Mercedes el doctor Cabred (siguiendo en esto a otros alienistas) ha registrado sobre cilindros de fonógrafo las palabras de prueba pronunciadas por algunas enfermos; este método permite establecer comparaciones de una época a otra. Nuestro ilustrado maestro preconiza este excelente procedimiento con entusiasmo y sostiene que no solamente es un medio eficaz y valioso para hacer el diagnóstico, sino que constituye además un documento que puede servir para demostrar el estado mental en que se encontraba un enfermo que ha dejado de existir.

En resumen, se puede decir que las perturbaciones de la palabra aparecen desde los comienzos de la enfermedad, cuando aún no se aprecia ninguna otra perturbación motora o psíquica. La perturbación que experimenta la palabra es difícil de describir, pero no se olvida una vez que se haya oído, tan especialmente y característica es. No se la encuentra con sus particularísimos caracteres más que en el paralítico; sin embargo se pueden observar de una manera pasajera, modificaciones de la emisión de la palabra análogas a las del paralítico general, en los alcohólicos, en ciertos sujetos fácilmente emocionables, en los epilépticos después del

ataque, en los enfermos que están sometidos a la acción de los bromuros y en algunos parkisonianos.

Las modificaciones que sufre la escritura son por lo general precoces y deben investigarse siempre en atención a su importancia diagnóstica.

Las alteraciones físicas de la escritura las que han sido designadas con la denominación genérica de alteraciones caligráficas, son las consecuencias de un mal funcionamiento del sistema muscular afectado a esta función. Se puede decir que en los paralíticos generales todos los músculos obedecen de una manera defectuosa; las alteraciones de la escritura constituyen una de las primeras y más palpables manifestaciones de esta perturbación motriz.

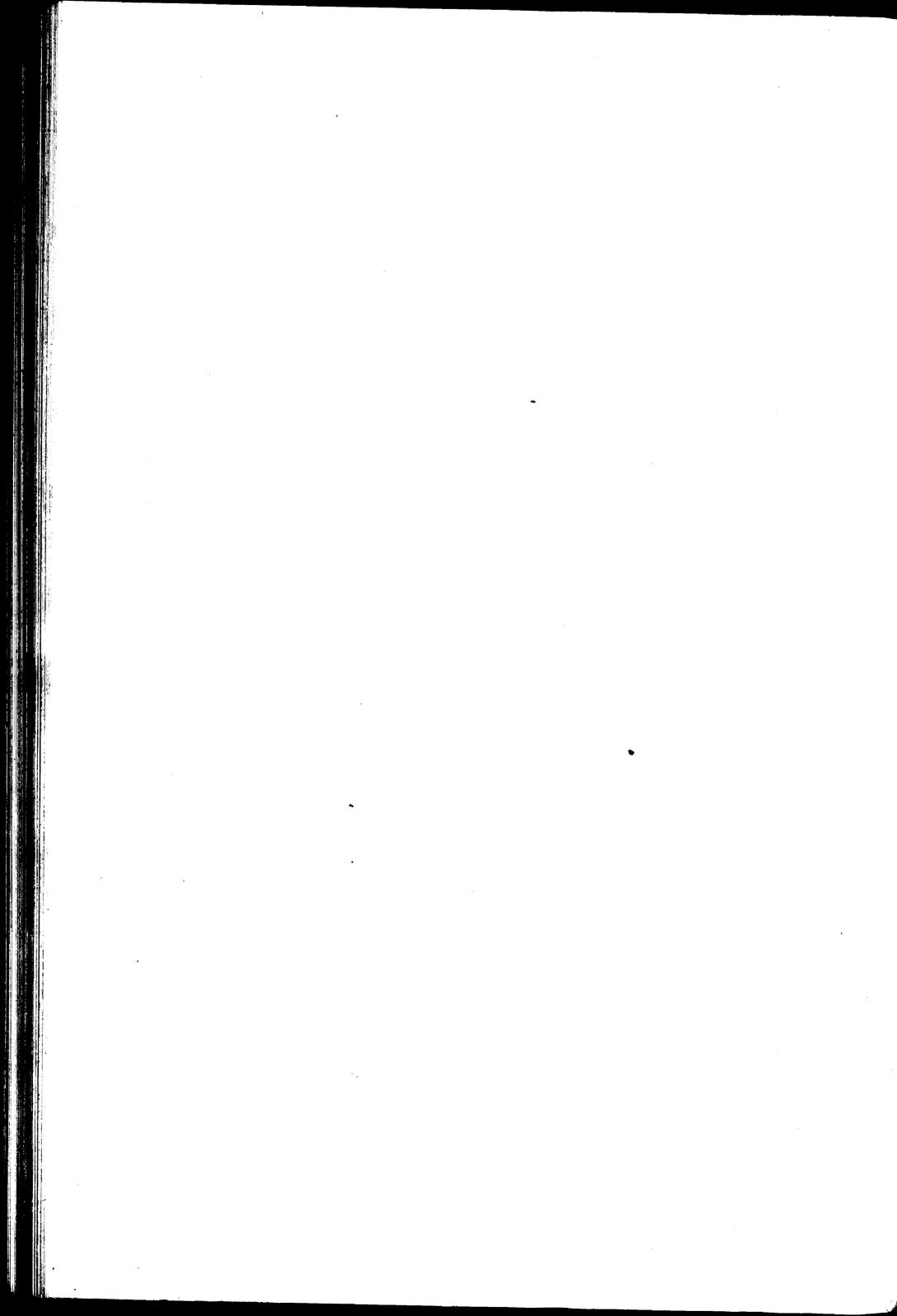
La escritura es irregular, de rasgos desiguales y groseros, acusando en ellos el temblor de la mano que la traza, parecida a las primeras tentativas de un niño de la escuela. Los renglones no son paralelos, los borrones y rayas numerosos. En tanto se repiten palabras o letras, como se omiten. Todo esto revela el temblor de los dedos y la torpeza del sujeto, por un lado, y por otro su estado de debilidad intelectual.

En algunos enfermos se observan estos diversos caracteres regresivos en el curso de un mismo escrito; las primeras líneas son correctas, pero poco a poco la escritura se hace infantil, después con

la fatiga aparece el temblor, en fin, las últimas líneas están representadas por rasgos informes.

Las alteraciones artrolálicas y caligráficas pueden modificarse favorablemente en el curso de las remisiones de la parálisis general.

Observaciones Clínicas



117 OBSERVACION I

Hospicio de las Mercedes. — Sala del doctor Borda.

C. F., español, casado, sabe leer y escribir ; profesión, sastre.

Antecedentes hereditarios y personales — Sin importancia.

Estado actual — No presenta estigmas degenerativos ; cráneo, normal, dientes bien implantados y grandes. Estatura regular, temblor de los dedos y de la lengua. Disartria muy apreciable, tanto a la palabra espontánea como a las de prueba ; sensibilidad normal. Reflejos exagerados. Anisocoria y signo de A. Robertson. Se encuentra en estado de excitación maníaca, habla y acciona con una mímica expresiva, dice incoherencias y pasa sin tran-

sición de la cólera a la alegría ; a veces se muestra satisfecho, jovial, exuberante con una locuacidad incoherente e interminable ; no puede permanecer en reposo y se levanta, se sienta, gesticula, rompe a reír. tiene halucinaciones de la vista, ve animales que pasan por su lecho y les habla amistosamente, desde hace algunos días su excitación va disminuyendo por efecto de los baños. pero siempre se muestra inquieto, excitado e incoherente.

Las alteraciones de la escritura están muy acentuadas, adjuntamos un diagrama que dará una idea más clara de su estado mental.

LAMINA II

Cortante Tiguericos
L O Clara
gestosara
Tig erido gestosara
Rosartarinelarrop

C. F. Sastre.—Paralítico en estado de excitación maniaca.—Escritura irregular y ataxica.—Nótese la falta de paralelismo entre las líneas.—Omisiones y repetición de letras y de palabras.



OBSERVACION II

Sala del doctor Borda.

J. S. de la B., español, 41 años de edad, pintor, casado, no tiene hijos; en el examen somático hemos constatado: anisocoria (la pupila derecha mucho más grande que la izquierda), reaccionan débilmente a la luz y a la acomodación. Temblor muy acentuado de las manos y de la lengua, poca disartria, es difícil notarla y solo se manifiesta a las palabras de prueba, siendo necesario hacerle repetir muchas veces para ponerla en evidencia.

Antecedentes hereditarios y personales — Sin importancia.

Examen mental: su cara denota satisfacción y alegría, se manifiesta contento de sí mismo y de los que le rodea, dice que la comida es excelente y que su estado de salud no puede ser mejor; pide

que se le entregue la ropa porque quiere irse para atender sus intereses que han sido hondamente lesionados por su reclusión en el hospicio ; calcula que las pérdidas ascienden a más de cien millones de pesos, pero que esa cantidad no llega a conmover su cuantiosa fortuna. Dice que domina todas las ciencias y que para difundir sus vastos conocimientos piensa dar conferencias en el teatro Colón y en la Facultad de Derecho.

Sus vinculaciones no tienen límites, es íntimo amigo del doctor Sáenz Peña, de don Victorino de la Plaza, y pariente de todo los monarcas del mundo.

Se titula conde de Sevilla, marqués de Granada y duque de Mónaco. Siguiendo por este camino llega a las concepciones más inverosímiles, las ideas de grandeza, de riqueza y de potencia se suceden sin que que trate de coordinarlas. Su delirio está a merced de los menores incidentes, se transforma y se contradice continuamente, orientándose en el sentido de las preguntas que se le hacen.

LAMINA III

El Conde Julián de la
Mallina leivado en sus
intereses como por ejemplo
de contratos para cantar en
el Teatro Colón y Cobice
Decorar y pintar e imitar
el colegio Sabiano, la pe-
nitenciaría y la facultad
Cathica de la calle Larau
di 5005. Todo pues a V. B., por
mi esposa e hijos trate de
quitar a poner termino a mi aflic-
tiva y triste situación.

Esperando de autemanz
te saluda el Conde don
Cobadonga Duque de
Livila y amigo, tuerto hijo
de tu esposa e hijos.

Todo en mis plegarias
al Eterno te conceda la
lud felicidad y prosperi-
dad para bien de tus

tuos. J. de Julián de la
Mallina

(Véase la explicación en la lámina IV)



LAMINA IV

José Julián de la Portilla
conde de Estadunga Duque de
Luzilla. Viceroy de Granada
y Marques de Santa Ursa
Jefe del Ejército Español
Arquitecto Agricultor Ingeniero
agronomo Historiador Geógrafo
Escenógrafo Pintor Pasapista de
corador propietario y estancador
sacerdote y Tutor de entor y poeta
Condecorado con el Collar de
oro la Cruz de San Fernando
legion de honor y otras.

José Julián de la
Portilla



J. B. Pintor.—Delirio de las grandezas.—Los escritos revelan la naturaleza de su delirio. Se titula conde, marqués, etc. Las alteraciones caligráficas están poco acentuadas.



OBSERVACION III

Sala del doctor Borda.

F. C., italiano, católico, sabe leer y escribir, 47 años, oficio : carpintero.

Antecedentes personales — Alcohólico y sífilítico.

Fechas de su ingreso al Hospicio : marzo 15 de 1911.

Para completar esta historia clínica y estudiar la evolución de la enfermedad, he tomado los datos anotados en el libro de Historias de la Sala, que nos permiten seguir paso a paso los progresos del mal y que nos demuestran una vez más el carácter progresivo e incurable de la demencia paralítica.

Fué detenido por un agente en la calle Canning y Gallo en momentos en que profería gritos y palabras incoherentes, después de grandes excesos al-

cohólicos. Al ser reconocido en la comisaría se encontraba en estado de agitación maníaca aguda con fenómenos alucinatorios principalmente de la vista. En la sala sigue bastante agitado y tiene algunas ideas de grandezas perfectamente definidas. (Datos de la sala de observación 24 de noviembre).

Antecedentes hereditarios — Sus padres fallecieron en una edad avanzada, un hijo sano y dos muertos en su primera infancia (según refiere él mismo).

Antecedentes individuales — Niega haber tenido sífilis. Alcoholsita indiferente.

Ataque actual — No hay datos al respecto. Dice el enfermo que hace como tres años que empezó a no ver bien, hasta quedar casi ciego, pero que después de un año mejoró y que actualmente ve con relativa perfección pero no como antes.

Hace 11 años que recide en Bahía Blanca, de donde según él vino a esta capital para después pasar a Entre Ríos a «dar conciertos»; en estas circunstancias fué que la policía lo tomó en la calle excitado y delirante.

Estado actual — Examen somático, temblor atáxico de la lengua y de los músculos peribucales, buen

apetito, desigualdad pupilar, la derecha es más grande, no hay reacción ni a la luz ni a la acomodación.

Su marcha es algo taloneante e incoordinada. Los reflejos tendinosos se hallan completamente abolidos, así como los cremasterianos. La sensibilidad al calor, al frío y al dolor se halla muy disminuída y algo retardada, alteración más marcada en las piernas que en los muslos y en éstos más que en el tronco. La sensibilidad táctil también se halla algo alterada. Hay un temblor muy marcado de los dedos en todos sentidos y es irregular y atáxico.

Palabra: Se nota una disartria muy acentuada, sobre todo en las palabras de prueba. cuando habla se nota un temblor particular de los músculos peribucales.

Alucinaciones, concepciones delirantes.

Ingresó a la sala muy excitado, desconfiando de todo lo que le rodeada, intranquilo e irritable, con alucinaciones de la vista. Era algo desorientado y confuso.

Poco tiempo después comenzó a despejarse y entonces se pudo comprobar que su memoria se hallaba alterada en todas sus formas, que tenía ideas de persecución, de grandezas y de celos.

Evolución: Estas ideas delirantes son contradictorias e ilógicas, esencialmente variables, se trans-

forman de un momento a otro sin motivo aparente que lo justifique.

Se cree un eximio músico. Dice que en Entre Ríos tiene muchas amigas millonarias a quienes va a visitar y que las entretiene dándoles grandes grandes conciertos, que a las muchachas se le van los ojos por él y que dentro de poco tiempo va a contraer enlace con una niña preciosa de 15 años (no tiene en cuenta que es casado) y que con ese motivo va a dar grandes fiestas.

Mayo 31 de 1911 : Han mejorado todos los síntomas, sobre todo los psíquicos, pero sin que haya desaparecido ninguno de ellos.

Sin duda ninguna, el alcohol ha intervenido aquí como elemento reagravante de dichos síntomas y que con su eliminación se ha producido la mejoría indicada.

Mayo de 1912 : Se le observa más o menos que en el mismo estado, habiendo aumentado un poco más la disartria. En ciertos días se le nota eufórico con grandes proyector de diversiones y de fiestas.

Junio de 1914 : Todos los síntomas somáticos que se han observado en los años anteriores, se los encuentra ahora mucho más acentuados.

La sensibilidad al frío, al calor y al dolor se halla muy disminuída, estas perturbaciones son mucho más marcadas en las regiones inferiores del cuerpo.

S maurcha es francamente atáxica, camina levantando muy alto las piernas y las deja caer violentamente, golpeando el suelo con el talón. Si se ordena al enfermo que se detenga bruscamente o que gire rápidamente sobre sus talones, se observa que pierde el equilibrio y que levanta los brazos como un equilibrista para no caerse.

Las perturbaciones de la marcha se hacen más evidente si se le tapan los ojos.

Debilidad muscular generalizada e hipotonía, incontinencia de orina.

Los demás síntomas somáticos se encuentran también más acentuados, no insisto en su descripción para no incurrir en repeticiones inútiles.

Examen mental : Su actitud traduce al exterior su intensa decadencia intelectual, su fisonomía revela embrutecimiento. Está deprimido y triste, no tiene deseos de abandonar el lecho ; las preguntas que se le hacen para sondear su estado mental, lo irritan y manifiesta su desagrado profiriendo gritos y frases incoherentes.

Todo esto nos demuestra que la demencia evoluciona rápidamente y que no está muy lejos el día en que se extinga por completo su vida psíquica.





OBSERVACION IV

Sala del doctor Borda.

F. D., italiano, 31 años, casado, hijos sanos.
Ha tenido sífilis a la edad de 20 años.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Examen físico — Anisocoria y midriasis, reaccionan débilmente a la luz y a la acomodación, temblor muy acentuado de las manos y de la lengua, sensibilidad normal, no tiene ataxia, reflejos exagerados, disartria muy acentuada tanto a las palabras espontáneas como a las de prueba. En sus escritos se notan las alteraciones caligráficas y psicográficas que caracterizan la escritura de los paralíticos generales. El diagrama adjunto pertenece a este enfermo, en el que se puede observar la irregularidad de las líneas, el carácter tembloroso y desigual de las letras y la poca acentuación de sus rasgos.

Examen mental — La memoria reciente y remota muy debilitada. Responde bien a las preguntas, la atención es poco sostenida, no tiene alucinaciones.

Su aspecto denota un excelente estado de salud. Está satisfecho y conforme con el trata que se le da en el hospicio y no manifiesta deseos de salir ; considera que su estadía en la sala es necesaria para modificar su nerviosidad, pero piensa que muy pronto estará en condiciones de abandonar el hospital.

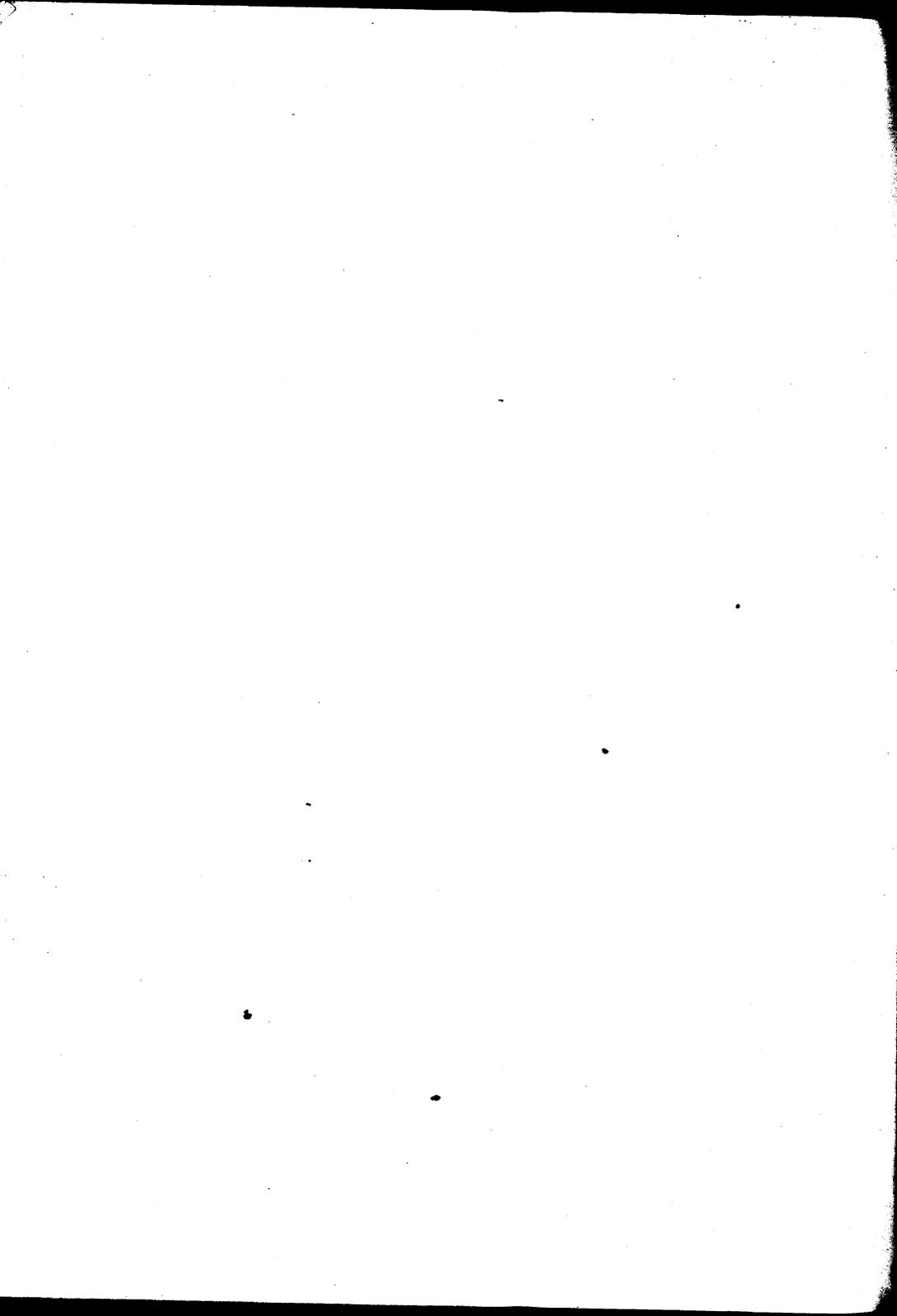
Dice que cuando salga va a repartir su fortuna entre los pobres. Se le pregunta con qué va a vivir si regala todo su dinero, a lo que responde que con las aptitudes que tiene para el trabajo podrá labrarse una gran fortuna para continuar sus obras filantrópicas.

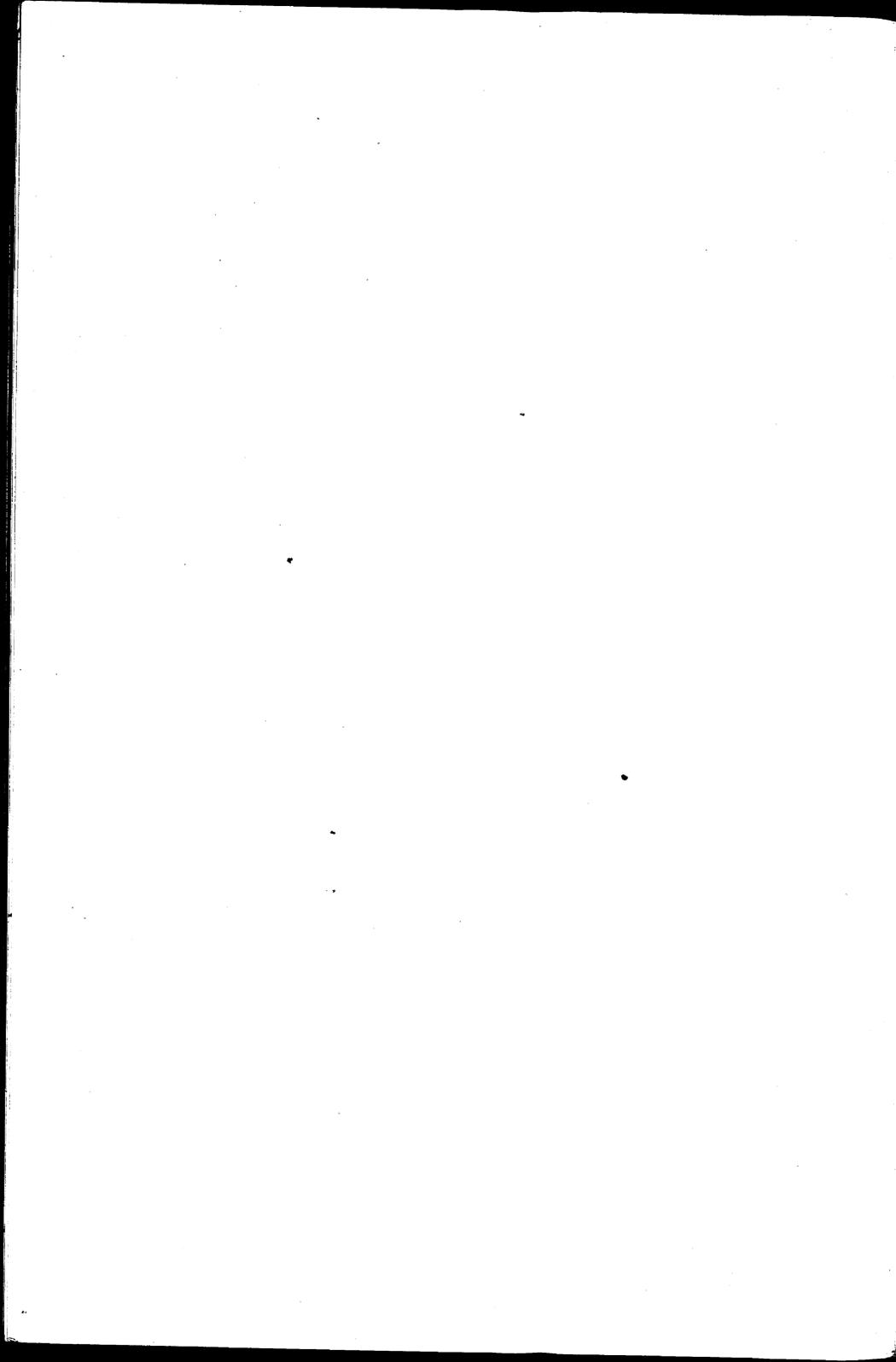
De lo que antecede y de otras manifestaciones semejantes se desprende claramente, que el enfermo ha perdido por completo el sentimiento de las conveniencias.

Es irritable e indiferente, no se interesa por la suerte de su familia, ni manifiesta deseos de verla. Los acontecimientos más graves no lo impresionan.

No coordina ni concreta bien sus pensamientos, el menor esfuerzo intelectual le provoca fatiga psíquica.

En resumen, podemos decir que el debilitamiento intelectual se ha generalizado a todas sus funciones psíquicas.





OBSERVACION V

Sala del doctor Borda.

E. V., español, 38 años de edad, soltero. ■

Antecedentes familiares — Se ignoran.

Antecedentes personales — Sífilis.

Examen somático — Signos físicos completos, miosis, temblor fibrilar de la lengua, temblor de las manos apenas perceptible, disartria, reflejos disminuidos, buen apetito.

Examen mental — Se presenta tranquilo y sonriente, responde al interrogatorio con locuacidad, cree que se lo examina para darle el alta, dice que cuando salga del hospicio piensa irse a España para recorrer las principales ciudades y que después va

a escribir libros en español y en inglés (que según él lo domina, cuando en realidad solo sabe algunas palabras) con las impresiones de su viaje.

Tiene algunas ideas de grandezas, se titula doctor en metafísica divina, rey de la iglesia y sacerdote, dice que ha recorrido una gran parte del mundo predicando y enseñando la religión y que en el hospicio continúa su obra religiosa a pesar de la hilaridad y de las protestas con que son recibidas sus peroraciones; refiere que algunos reclusos llegan a cometer actos de violencia para hacerlo callar, pero que él soporta estóicamente todas esas manifestaciones hostiles para seguir la obra comenzada por los apóstoles.

La memoria está debilitada en todas sus formas, la atención es poco sostenida.

La prueba del cálculo traduce la intensidad y el grado de esas perturbaciones; comete errores groseros en las operaciones más simples a pesar de haber sido contador de importantes casos de comercio.

Todas sus ideas tienen un tinte místico.

Adjunto dos escritos de este enfermo que revelan la naturaleza de sus ideas delirantes.



LAMINA VII

Yo Metafísico divino tengo una misión muy grande
Benéfico de Libros
en la tierra que habitamos que es también un
Contador
planeta, averiado por los vicios de la humanidad
Rey y Sacerdote
iré comunicando mi ciencia y divina sabiduría
Puro en corazón
por todo los rincones del mundo que todavía
aumento en sabiduría
mi no ha pisado mi ilustre humanidad
immortal espiritual y eterna
y seguiré enseñando el espíritu santo que fue revelado
a San Juan y San Pedro este ministro de la circuncisión
y Pablo el Apóstol doctor de los gentiles y yo alcientis
5 años de música
ta enseñaré mas que ellos y mis libros serán leídos
Comerciante
en todo el mundo
El doctor en metafísica divina

E. B. Comerciante.—Delirio de las grandezas.—Escritura infantil.—Se observa la tendencia a subrayar las palabras y el carácter desigual de la escritura.



BIBLIOGRAFÍA

Gilbert Ballet -- Traité de maladies mentales.

Rouges de Foursac -- Psiquiatría.

V. Magnan y P. Lérieux -- La parálisis general.

Margain -- Des améliorations dans la paralysie générale.

Charrier A. -- Les anticorps syphilitiques dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques générales.

Regis -- Précis de psychiatrie.

Von Kraft Ebing -- Médecine Légale des aliénés.

J. Jacob (de París) -- Valor diagnóstico de las alteraciones pupilares en las afecciones cerebro-espinales.

Simon -- Ramollissement des aliénés.

Martin -- Allg. vten. med. Leitg. 1868.

Pelman -- Im neun Reidi.

Löffler -- Deutsche Klinik, 1870, N^o 41.

Friedel — Deutsche Geriditszeitg.

C. Marie — La pratique neurologique.

Mendel — Die progressive allgmeine Paralyse der
Loven.

Klippel — Les paralsies générales.

Dupré — La paralysie général.

Edinger, Vogdt, Binswanger y Bergel — Enferme-
dades del sistema nervioso y psiquiatría.

Buenos Aires, Junio 15 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero doctor Domingo Cabred, al profesor titular doctor José Estevez y al profesor extraordinario doctor José E. Borda, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou.

Secretario.

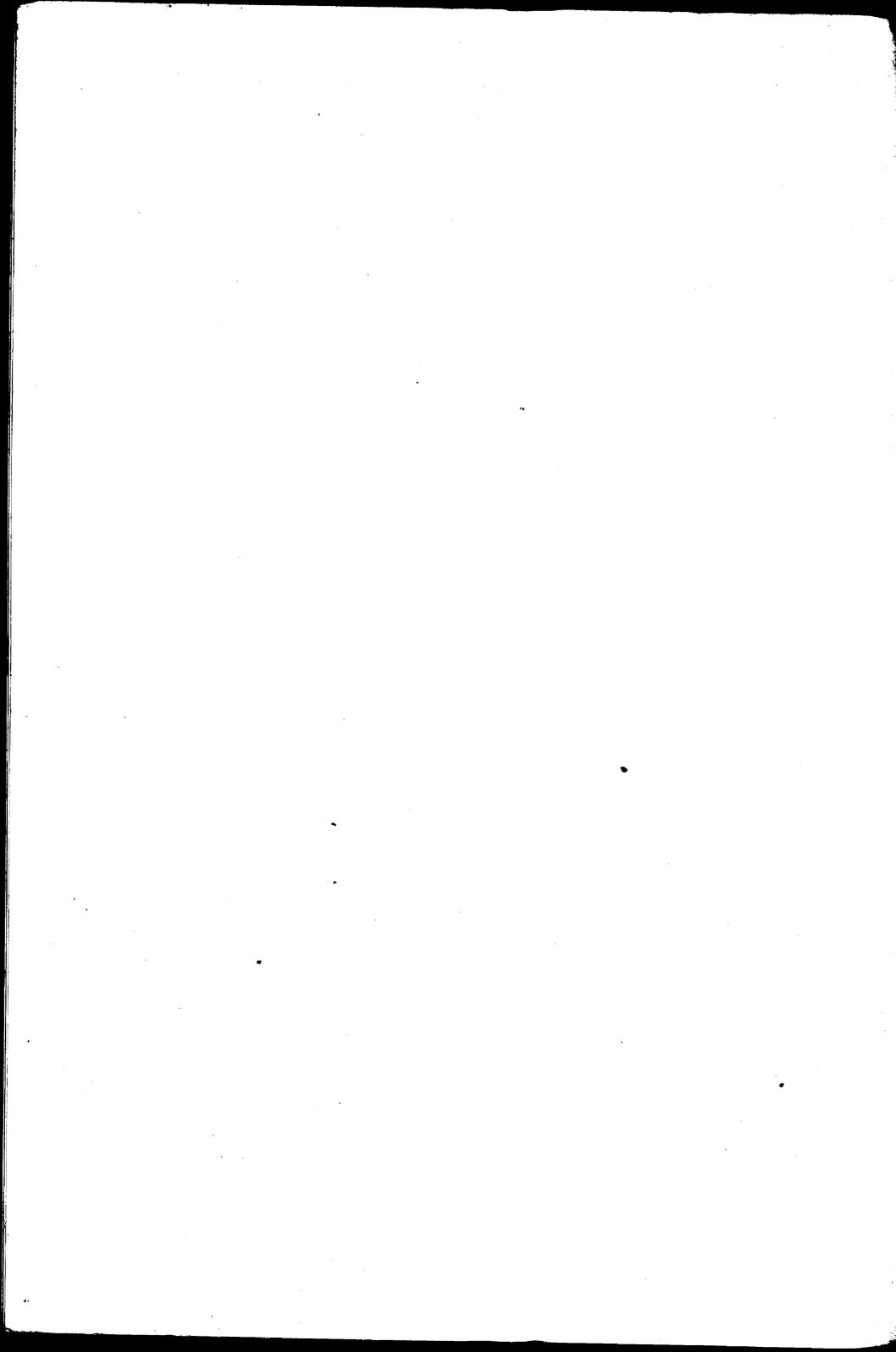
Buenos Aires, Junio 26 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2849 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou.

Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Importancia de los signos físicos en el diagnóstico de la parálisis general progresiva.

D. Cabred.

II

La robustez de la inteligencia y la cultura intelectual anterior ¿qué importancia tienen en la evolución de los síntomas psíquicos de la parálisis general progresiva ?

J. A. Estevez.

III

Remisiones de la parálisis general progresiva.

J. E. Borda.



30387

