

REPUBLICA DE COLOMBIA. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES. MEDELLIN

---

VIII/6

# Parálisis General Progresiva

CONTRIBUCION PARA SU ESTUDIO

1-7



Tesis para optar el título de Doctor en Medicina y Cirugía



ERNESTO ÚRIBE C.

EX-INTERNO DEL MANICOMIO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.  
1925--1926

Medellín, junio de 1928.

TIP. EXTERNADO  
MEDELLIN

## INFORME DEL TRIBUNAL DE TESIS

*Los suscritos, Mienbros del Tribunal de Tesis del Señor don Ernesto Uribe C., hemos estudiado la Monografía titulada: «PARALISIS GENERAL PROGRESIVA»- Contribución para su Estudio—y de común acuerdo hemos convenido en calificarla como de primera categoría o sea «LAUREADA». Conforme al Reglamento dicho señor Uribe C. podrá usar el título de «LAUREADO DE LA FACULTAD».*

*Para constancia se firma la presente diligencia, en Medellín, a 6 de Junio de 1928,*

*El Director de la Facultad,*

DR. GIL J. GIL. M. D.

*El Presidente de Tesis,*

DR. LAZARO URIBE C.

*El Vocal,*

DR. BRAULIO MEJIA

*El Vocal,*

DR. ALFONSO CASTRO

*El Secretario de la Facultad,*

JUAN B. CALLEJAS R.



## **Dedicatoria:**

*A mis padres y hermanos.  
A la sagrada memoria de don Nicanor Restrepo R.  
y de don José Luis Restrepo J.  
A mi Presidente de Tesis, doctor Lázaro Uribe Cálad.*

*Dedico este trabajo.*



# TRIBUNAL

---

*El Rector de la Universidad de Antioquia:*

DR. MANUEL JOSE SIERRA

*El Director de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales:*

DR. GIL J. GIL. M. D.

*El Presidente de Tesis:*

DR. LAZARO URIBE CALAD

*Tribunal de Tesis:*

DR. BRAULIO MEJIA

DR. ALFONSO CASTRO

*Examinadores de Grado:*

DR. NEPOMUCENO JIMENEZ

DR. GUSTAVO URIBE ESCOBAR

DR. EDUARDO ESCOBAR M.

*Secretario de la Facultad:*

JUAN B. CALLEJAS R.

## INFORME DEL PRESIDENTE DE TESIS

Medellín, 30 de Mayo de 1928.

Señor Rector de la Universidad de Antioquia.

E. S. D.

Señor Rector:

«Parálisis General Progresiva»—Contribución para su estudio—es el título del trabajo que como tesis para doctorarse en la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales, presenta el señor Ernesto Uribe Cadavid, quien me ha hecho la honrosa distinción de nombrarme su Presidente de Tesis, designación que he aceptado con suma complacencia.

Uribe C. divide su estudio en varios capítulos, así:

1º. *Definición, Sinonimia e Historia.* En este capítulo nos dice cual es la entidad morbosa que él se propone estudiar y hace además una narración somera de los múltiples estudios que desde tiempo atrás vienen haciendo los autores sobre tan importante tema, datos históricos de sumo interés para los que quieran hacer investigaciones especiales en esta materia.

2º. *Etiología y Patogenia.* Estudia en este la importancia indiscutible y única que tiene el treponema como factor etiológico de la enfermedad de Bayle. Hace consideraciones muy juiciosas sobre los argumentos que los *unicistas* y los *dualistas* han traído al debate para sostener los puntos de vista de cada una de estas escuelas, es decir, para tratar de probar la existencia de un treponema dermatropo y uno neurotropo o la de un solo treponema capaz de producir las lesiones del sistema nervioso central, así como también las lesiones específicas de la piel, huesos, músculos, etc. Al declararse partidario de la escuela unicista presenta para corroborar esta opinión varios casos muy importantes observados en nuestro servicio de Clínica Mental.

3º. *Estudio Clínico del Líquido Céfalo—Raquídeo.* Es éste uno de los capítulos mejor desarrollados del trabajo que analizamos. Expone en él la grande importancia que tiene el análisis químico e histológico del L. C. E. Analiza el valor clínico de cada uno de estos elementos con el fin de hacer el diagnóstico diferencial con las otras lesiones patológicas del sistema nervioso central, capaces de provocar modificaciones en los elementos componentes del mencionado líquido. Lo considera, además, como un auxiliar para el diagnóstico de la P. G., pero, que no debe ser única norma para la diagnosis, porque el clínico cue

con una sintomatología demasiado nutrida y en todo caso suficiente para diagnosticar aquella afección.

40. *Formas Clínicas.* En esta importantísima sección de su estudio, expone las diversas formas psicopáticas con que puede presentarse la parálisis general progresiva, con el objeto, entre otras cosas, de llamar la atención de los prácticos que no están especializados en Patología mental, y que con frecuencia desconocen la evolución del síndrome de Bayle cuando su sintomatología psíquica no está manifestada por el llamado delirio *megalomaniaco* o *megalomanía*, porque este no es específico de la P. G., como ordinariamente se cree—y en nuestro servicio hemos tenido dos megalómanos enviados como paralíticos generales que realmente no lo son—. Las formas maníaca, depresiva, asténica, etc., se presentan con relativa frecuencia en la práctica civil, y en muchas ocasiones se pierde un tiempo precioso por lo poco familiarizados que estamos con estas formas que casi nunca atribuimos a la P. G., porque en nuestros libros no se describe ordinariamente sino el cuadro sintomatológico con expansión, ideas delirantes de riqueza, dominio y poderío, y nos sorprendemos cuando verbi-gracia, un melancólico sumido en la más profunda depresión queda catalogado definitivamente entre los paralíticos generales.

50. *Tratamiento Malarioterápico, consideraciones sobre la evolución de la parálisis general y el paludismo.* En este capítulo nos relata los estudios hechos por diversos autores sobre el tratamiento de la P. G. por las inoculaciones de sangre tomada de otro individuo ya *paludizado*. Nos muestra como los expositores llegan a la conclusión de que si no puede obtenerse realmente una curación de la P. G., si se obtienen remisiones francas y de larga duración, que pueden considerarse como un positivo progreso en la terapéutica de la meningoencefalitis difusa. Empero, remisiones largas y sostenidas pueden obtenerse con los tratamientos ordinariamente prescritos en estos casos; en dos de las observaciones de esta tesis pueden verse descritas remisiones, largas y sostenidas, que podrían considerarse como verdaderas curaciones.

Sus observaciones tienden a probar que el paludismo, que podríamos llamar *espontáneo*, no impide la evolución progresiva de la parálisis general, como puede comprobarse con muchos casos—el 40% de sus enfermos—en los cuales paludismo y parálisis general evolucionaban sin que una afección modificara en nada el proceso de la otra; y algunos de aquéllos han llegado hasta el marasmo paralítico a pesar de intensos y repetidos accesos febriles provocados por el *plasmidium vivax*, como en repetidas ocasiones lo corroboró con el examen bacteriológico.

La inoculación del paludismo que en muchas ocasiones fue intentada no llegó a provocar accesos febriles de consideración, y estas tentativas han dado hasta hoy un resulta-

do francamente negativo; cree el expositor, que se debe esto a cierta inmunidad hereditaria o adquirida por infecciones preexistentes, aunque este punto de vista no está todavía suficientemente dilucidado.

6º. *Aspecto Médico-Legal de la P. G.* Como nuestra legislación no da normas precisas y suficientemente claras en las cuestiones relacionadas con la capacidad civil y con la capacidad penal o responsabilidad de los individuos afectados de parálisis general, entra el autor a hacer prudentes y oportunas observaciones sobre la orientación que en materia civil y penal deben regir las disposiciones restrictivas y punitivas, aplicables a los actos morbosos ejecutados por dichos enfermos y que revisten caracteres de delincuencia o de invalidez, sin llegar a conclusiones terminantes por falta de doctrina jurídica en la materia. Tres observaciones muy completas aduce para sustentar sus puntos de vista e este respecto.

7º. En fin el señor Uribe Cadavid saca de su Trabajo las conclusiones a que ha llegado, después de observar durante mucho tiempo en el servicio hospitalario y en su práctica particular un número de enfermos considerable y de haberlos estudiado desde todo punto de vista con plausible interés científico y en sostenida y perseverante labor.

Por lo expuesto, señor Rector, la tesis que he venido analizando tiene, en mi humilde concepto, méritos más que suficientes para que sea aceptada y publicada, como respetuosamente lo solicito.

Atento y S. S.

LAZARO URIBE C.



pre llevan su sello demencial, dejan entrever un fondo megalomaniaco con sus caracteres típicos descritos por Falret y Baillarger.

## OBSERVACION No. 13

M. P. H. de Medellín, 30 años de edad, blanco soltero y sin oficio conocido.

*Antecedentes hereditarios.* Familia psicopática y alcohólica.

" *personales.* Sífilis y alcoholismo personal, perturbaciones mentales desde hace dos años

*Examen mental.* Fondo de tristeza, del cual es casi imposible sacarlo para que conteste a las preguntas que se le hacen; indiferencia para todo lo que lo rodea, permanece callado y con la cabeza baja en un rincón durante el día; en sus relaciones se observa un marcado entorpecimiento mental, no se da cuenta de los comentarios que se hacen junto a él con respecto a su enfermedad; disartria, perturbaciones psicológicas, inactividad, ideas de suicidio, amnesia.

*Examen somático.* Reflejos irregularmente exagerados, temblor general con predominio para los dedos, los labios y la lengua; pupilas anisocóricas, signo de Argill-Robertson positivo.

Wassermann de la sangre... + + +

Líquido céfalo-raquídeo:

Wassermann..... + + + + positivo con 0. 2 de c. c.

Albúmina..... 0.70 grms. por mil

Pleocitosis..... 10 células por m. m. cub.

Reacción de Weichbrodt... + +

" " Pandy..... +

" " Guillain..... negativa

" " Nonne..... + +

" " Noguchi..... + +

Mejora un tanto con el tratamiento antisifilítico (914); y además, con el aislamiento y la supresión del alcohol, al cual se había dado el enfermo de manera excesiva en los últimos tiempos, su estado delirante de depresión melancólica se calma; el enfermo se hace más consciente, más correcto, memorioso, renace su autocrítica hasta el punto de que su familia proponga el retiro del Asilo por considerarlo mejorado.

Este es uno de los pocos casos, pero indiscutible, de una remisión producida por el aislamiento y los cuidados higiénicos del enfermo.



## OBSERVACION No. 14

L. D. de L. de cincuenta años de edad, casada, raza blanca, oficios domésticos.

*Antecedentes hereditarios.* No se conocen.

„ *personales.* Choque moral, sífilis no tratada. Hace un año empezaron las primeras manifestaciones psicopáticas con tristeza, delirio de interpretación y de megalomanía, con ligeras intermitencias de exaltación maniaca.

*Estaro actual.* Ideas de grandeza, de persecución, delirio viajero, ideas de interpretación de forma melancólica; llora, tiene un marcado fíciis melancólico gemebundo, vive recluida en su cuarto; sitiérgia e ideas de negación, no come porque se le quiere envenenar; y además, «le falta la boca y el estómago».

*Examen somático.* Temblor fibrilar en los labios y en la lengua, signo del dactilógrafo positivo, disartria; reflejos exagerados en todas partes, anisocoria, signo de Argyll positivo, perturbaciones quinéticas.

Wassermann de la sangre... + + +

Líquido cerebro-espinal:....

Cantidad.....25 c. c.

Aspecto.... cristalino

Tensión.....1° 44 y 2° 31 al H. Claude.

Pleocitosis.....44 elementos celulares por m. m. cub.

Linfocitosis.....100%

Reacción de Nonne.....positiva

„ „ Noguchi..... „

„ „ Wassermann... + + + +

„ „ Weichbrodt..... + + +

„ „ Pandy..... + + +

„ „ Guillain.....2-2-2-2-1

Por el estudio del síndrome humoral y mental puede sentarse en firme el diagnóstico de enfermedad de Bayle de forma melancólica.

Apenas iniciado el tratamiento arsenical y por el bismuto, la familia retiró la enferma, la cual murió pocos días después en un ictus paralítico.

*Forma maniaco-depresiva.* Negada por R. Charpentier, el cual cree se trate más bien de la movilidad sintomática propia de esta afección, está caracterizada por la sucesión de varios estados maniacos y melancólicos, dando lugar a verdaderas formas cíclicas de locura. Pueden encontrarse todos los matices sintomáticos, en esta forma, desde la más profunda depresión hasta la exaltación maniaca más típica. En cada uno de estos períodos se marca siempre la tendencia delirante

del enfermo; y el paso de uno a otro se verifica de ordinario mediante un período de remisión de la enfermedad.

El diagnóstico diferencial de esta forma combinada de estados maniacos y depresivos, se hace de la misma manera que entre la forma maniaca y la manía simple, o la forma melancólica y la melancolía en cualquiera de sus fases. Además, el estudio del líquido cerebro-espinal solucionará siempre que la sífilis nerviosa no ande de por medio, cualquiera dificultad que llegue a presentarse.

#### OBSERVACION No. 15

G. J. de J. de Amagá, de 46 años de edad, blanco, casado, agricultor.

*Antecedentes hereditarios.* Tío loco y madre histérica.

„ *personales.* Alcoholismo. No hay datos referentes a su especificidad. Palúdico(!)

*Certificado médico.* Nuestro enfermo viene precedido de un certificado médico que demuestra la ligereza con la cual se expiden los certificados de internamiento para alienados entre nosotros. «Es un estado delirante con melancolía.....que hace pensar en que se trata de un caso de melancolía aguda. Es presa de ilusiones y de alucinaciones. Tiene momentos e ideas homicidas». Dr. N. N.

*Estado actual.* Examen mental. En el momento de su entrada al Asilo se encuentra en una crisis de excitación psicomotriz intensa, lo han traído amarrado con fuertes ataduras, agresivo en exceso y obsceno, incoherente, logorreico, con fugas continuas de sus ideas; delirio de posesión y de desposesión de riquezas, ideas de autoacusación megalomaniacas, «Soy, dice, el hombre más corrompido del universo y el más guapo, soy capaz de matar al que quiero con el pensamiento; este poder me lo regaló el diablo por malo que soy».

Dos meses después de su entrada al Asilo entra en un estado de depresión melancólica con alucinaciones visuales y auditivas, cree ver sus compañeros con puñales para matarlo, sitiérgia marcada, no recibe los alimentos porque cree se trata de envenenarlo; hay desorientación en el tiempo y en el espacio, ignora el mes y el año en que vive; amnesia tanto para los hechos recientes, como para los recuerdos de más vieja data, omega melancólico. Expone sus ideas de grandeza y sus proyectos absurdos de una manera tal que hacen ver el debilitamiento mental muy marcado del enfermo; hay una pérdida absoluta de la autocrítica y del sentido moral; inafectividad, indiferencia.

*Examen somático.* Temblor con sus caracteres habituales

de los dedos, de los labios de la lengua, signo de Magnan, disartria, semiptosis parpebral, marcha atáxica, el enfermo roza el suelo con la cara dorsal de los artejos; anisocoria, signo de Argyll-Robertson positivo, reflejos exagerados e irregulares.

Wassermann de la sangre..+ + +

Líquido céfalo-raquídeo:

Cantidad.....17 c. c.

Aspecto.....cristalino

Tensión.....1° 38 y 2° 33 al H. Claude.

Albumina.....0.35 grms. por mil

Pleocitosis.....22 células por m. m. cub.

Linfocitosis .....100% hasta 10 células por campo.

Reacción de Nonne ... ..+ + +

„ „ Noguchi.....+ + +

„ „ Wassermann..+ + +

„ „ Pandey.....+ +

„ „ Weichbrodt.....+ +

Durante los dos meses que siguieron a la fecha en que se hizo este análisis el estado mental fluctuó entre alternativas de excitación maniaca y de depresión, marcando la forma de la enfermedad. La parálisis continuó progresando en el orden natural con notables fenómenos demenciales, hasta que una nefritis puso fin a los días de este enfermo.

El tratamiento por los arsenicales (neosalvarsan) y las sales de bismuto, no produjeron ningún resultado favorable, a pesar de haberse continuado el tratamiento por espacio de seis meses consecutivos.

La importancia primordial de este caso estriba en el diagnóstico que en un principio se hizo de la enfermedad, confundiéndola con un acceso franco de melancolía con excitación.

#### OBSERVACION No. 16

J. I. de Chile, de 36 años de edad, casado, blanco, pintor.

*Antecedentes hereditarios.* Sin importancia.

„ *personales* Sufrió un chancro específico hace cinco años, para el cual se trató de manera insuficiente.

*Estado actual.* Sus primeras manifestaciones empezaron hace pocos días por ideas experimentales extravagantes; mezclaba chocolate o café con colores y aceite y a todo esto le agregaba píldoras de Foster o Hepasán, para la fabricación de específicos; confundía las tapas de botellas de cerveza con mo-

nedas y pretendía pagar con ellas en los tranvías y almacenes; hay en la actualidad una pérdida total de la autocrítica: sale a la calle en ropa interior, profiere palabras obscenas sin cuidarse de los que le rodean, hechos muy en contradicción con su pasado de hombre honorable, culto y trabajador. Presenta últimamente ideas delirantes de grandeza y de posesión de riquezas, que han tomado cuerpo hasta hacer de ellas un verdadero delirio; se cree dueño de las minas de salitre de su tierra, habla de proyectos fantásticos y absurdos, quiere emprender un viaje a Chile en un aeroplano de su invención, sin motor, movido por el viento nordeste, llevando seis pasajeros, viaje que él cree realizar en tres o cuatro horas. Su delirio es móvil, inverosímil y absurdo, expresa ideas de reivindicación, escribe a un hermano que promueva una revuelta en su patria para salvarla de los tiranos que la oprimen. Ha tenido raptus de excitación psicomotriz con agresividad; durante uno de ellos le rompió un brazo a un compañero de Asilo porque hablaba mucho.

Sus facultades profesionales han decaído considerablemente hasta el punto de que es incapaz de hacer un dibujo o una pintura siquiera presentable, arte en el cual había desollado en su estado normal; se observa en sus dibujos una pérdida de armonía en las proporciones, en la perspectiva y en los tonos del colorido.

A pesar de su delirio de expansión y de riquezas no hay una verdadera exaltación psíquica, como se observa de ordinario, sino un fondo demencial muy marcado: dificultad para expresarse correctamente, omisión de palabras en las frases por amnesia, cambiando el significado de ellas; muchas veces es incapaz de encontrar el término preciso para completar o dar realce a una frase. Son estas verdaderas perturbaciones psicológicas, patognomónicas de la enfermedad de Bayle.

*Examen somático.* Notable temblor en los dedos y en los labios lo mismo que en la lengua; marcha espasmódica, pupilas desiguales, irregulares, su reacción a la luz ni a la acomodación, signo de Argyll-Robertson positivo, disartria en las palabras de prueba.

El análisis del líquido céfalo-raquídeo dió el siguiente resultado:

Wassermann.....+ + + +  
 Tensión.....1° 30 y 2° 27 al H. Claude.  
 Albúmina.....0,35 grms. por mil.

Fue imposible practicar las demás reacciones acostumbradas por haber salido el líquido mezclado con sangre.

El Wassermann en la sangre dió...+ + + +

### Diagnóstico. Parálisis general.

Se trata este enfermo por la triparsamida, medicamento muy en auge en la actualidad, con un resultado en un principio halagador. El 17 de Noviembre de 1926 se le aplica la primera inyección intravenosa de dos gramos y al día siguiente una de enesol de 0.66 grms. el 1<sup>o</sup> de Diciembre segunda inyección de triparsamida a la misma cantidad, con su respectiva inyección de enesol; el 9 de ese mes tercera inyección en la misma forma que la anterior; se prosigue así aplicándole una inyección cada siete días, hasta completar una dosis total de quince gramos del medicamento. Con este tratamiento se consigue una mejoría muy marcada de los síntomas mentales, sus ideas delirantes de expansividad disminuyen apreciablemente, renace su autocritica, pero sus síntomas somáticos en nada han retrocedido. Es retirado este enfermo por su familia ya bien establecido este estado remisorio.

Un año después vuelve a ingresar en el Asilo con sus mismos fenómenos somáticos; su estado mental presenta un cuadro netamente melancólico; tristeza, llanto, ideas de persecución miedo a la policía, insomnio; ha tenido días de mutismo completo. En el Asilo se muestra siempre triste, deprimido, con ideas de suicidio, actitud de ebetamiento y de entorpecimiento mental; hay una indiferencia absoluta y una inafectividad; no se cuida de su persona y en sus juicios y razonamientos expresa ideas absurdas que demuestran el estado lamentable de su autocritica; sitiergia e ideas de negación, dice que ya no existe, que está muerto, facies de tristeza y omega melancólico.

Entre sus signos somáticos el más característico es la disartria; es casi imposible entender lo que el enfermo quiere decir; su voz es monótona, arrastrada, titubeante, lo cual hace pensar que haya un principio de asociación espinal. Las perturbaciones caligráficas también son muy importantes en este caso, la exageración de algunos rasgos, la incertidumbre, la omisión de letras o de sílabas, el contexto del escrito, dan cuenta tanto de su estado mental como de sus fenómenos morbosos de orden motor.

Un análisis del líquido céfalo-raquídeo, hecho el 10 de Febrero pasado dió el siguiente resultado:



**Fig. No. 5.—Parálisis general forma maniaco-depresiva.**

(Colección del autor)

Reacción de Wassermann.....	+	+	+	+
" " Nonne.....	+	+	+	
" " Noguchi.....	+	+	+	
" " Weichbrodt.....	+	+		

En vista del síndrome humoral y mental el diagnóstico hecho en este enfermo es el de una forma maniaco-depresiva de la enfermedad de Bayle.

Pocos días después, en pleno tratamiento malarioterápico sin resultado apreciable ninguno, sin accesos térmicos, este enfermo muere en un ictus paralítico.

*Handwritten text, likely a transcription of a patient's notes or a clinical record, showing significant mental disturbance. The text is written in Spanish and includes phrases such as "He estado en un estado de", "con una gran", "deprimido", "en el momento de escribir", "sabiendo que me voy a morir", "y no puedo hacer nada".*

Fig. N<sup>o</sup>. 6 —Perturbaciones psicográficas que traducen un debilitamiento mental profundo. Enfermo de la Observación N<sup>o</sup>. 16.

(Colección del autor)

## OBSERVACION No. 17

A. C. de Salgar, 22 años de edad, blanco, soltero, agricultor.

*Antecedentes hereditarios.* Sin importancia.

" *personales.* Chancro indolente, duro, de naturaleza sífilítica, adquirida hace dos años, el cual fue tratado insuficientemente. Hace diez meses tuvo una crisis de carácter melancólico: ideas de tristeza, de abatimiento, de suicidio, negativismo; se estuvo encerrado en una pieza más de seis meses sin querer ver a nadie y en completo mutismo. Hace dos meses le empezó la actual enfermedad por una fuerte excitación psicomotriz con sus reacciones características, por lo cual fue internado.

En el Asilo se observan estos mismos fenómenos de exaltación maniaca, con ideas delirantes de grandeza y de suficiencia personal; pérdida de la autocrítica; amante de la música se cree el mejor compositor de música en el mundo; expone proyectos absurdos y fantásticos. A veces se excita y pega a sus coasilados so pretexto de ser «dominador de todos los hombres y señor absoluto del mundo»; otras veces cae en un estado de depresión con ideas melancólicas que duran varios días. Estas transiciones se hacen de un momento a otro, en el transcurso de pocas horas revistiendo un carácter circular continuo muy típico.

*Examen somático.* Temblor en los dedos y en la lengua, disartria, pupilas perzosas y de reacción difícil, reflejos tendinosos exagerados, Argyll-Robertson positivo.

Wassermann en la sangre. ++++

Líquido céfalo-raquídeo.

Wassermann.....++++ con 0,2 de c. c.

Reacción de Pandy.....++

Reacción de Weichbrodt.....++

„ „ Nonne.....++

„ „ Noguchi.....++

Albumina.....0,80 grmos. por mil

Pleocitosis.....5 elementos celulares por m. m. cub.

Tensión.....40 y 37 al H. Claude.

Benjuí coloidal.....2-2-2-1-1-1

Ante este síndrome humoral, somático y mental el diagnóstico no revistió dificultad ninguna. Fue sometido este en-



férmo a un tratamiento por la triparsamida, a razón de dos grmos. por inyección hebdomadaria seguidas de una inyección de enesol de 0,06 grms. Con este tratamiento la mejoría clínicamente apreciable de sus síntomas mentales fue halagadora; pero a consecuencia de un accidente muere este enfermo en Abril de 1926.

*Forma confusional.* La forma de parálisis general confusional parece no sea frecuente, pero se observa sin embargo, especialmente entre los alcohólicos. La confusión mental puede ser el síndrome que abra la escena del drama clínico paralítico, o evolucionar en el transcurso de la enfermedad; puede observarse bajo la forma de confusión mental simple o con estupor, de confusión mental alucinatoria o simplemente de un delirio onírico.

Está caracterizada por una obnubilación mental acentuada, en la cual el paralítico es incapaz de dar la menor enseñanza respecto a su estado ideativo, con una amnesia lacunar que constituye la «página blanca de su vida» (Lévy-Valensi); el enfermo no comprende ninguna de las preguntas que se le hacen, su fisionomía no revela emotividad, no varía en la expresión de sus rasgos. Si alguna vez contesta al interrogatorio, su respuesta es absurda y sin armonía con el contexto de la pregunta. Existe una verdadera desorientación en el tiempo y en el espacio, incoordinación e incoherencia en sus ideas; su inteligencia parece cubierta por una nube que le impide ver claro entre su mismo medio psíquico.

Lo más característico de su amnesia es la pérdida de los recuerdos recientes, la incapacidad de fijar ideas (memoria de fijación o retroanterógrada). Estos estados pueden llevar su gradación natural desde la simple obtusión u obnubilación mental pasajera hasta el más profundo estupor. Su duración no está proporcionada a ninguna causa, ni regida por reglas, puede constituir un epifenómeno o evolucionar desde el principio hasta el fin de la enfermedad. Entre todas estas manifestaciones puede observarse también un estado delirante onírico o post-onírico.

Los síntomas generales en esta forma son los mismos que se encuentran en la confusión mental simple: aspecto de ebrietamiento del enfermo, tinte terroso pálido de los tegumentos, lengua sucia y seca, mal aliento, agotamiento, diarrea, alza de temperatura y piel seca.

El diagnóstico diferencial reviste en ocasiones dificultades inusitadas que exigen un estudio atento y paciente del enfermo y de sus modalidades mentales. Entre la forma confusional simple y la confusión mental simple, la noción etiológica, la percepción de un estado delirante y sus caracteres, la di-

sartria—muy distinta de la pronunciación lenta, monótona de los confusos—el temblor de los labios y la lengua, la exageración de los reflejos, el signo de Argyll y los síntomas pupilares, en asocio del estudio del síndrome humoral facilitarán el diagnóstico. Cuando la enfermedad abre la escena con un síndrome confusional con estupor las dificultades aumentan, hasta hacer el diagnóstico casi imposible.

De ordinario estos estados confusionales, más o menos episódicos, suelen presentarse en casos de parálisis general complicada con el etilismo. La noción de la etiología, el aislamiento y la dieta serán la base más segura para el diagnóstico diferencial.

### ÓBSERVACION No. 18

T. G. de 21 años de edad, natural de Concordia, soltero, estudiante, de raza blanca.

*Antecedentes hereditarios.* Familia psicopática.

“ *personales.* Sífilis y paludismo (!)

*Enfermedad actual.* Excitación psicomotriz con sus reacciones características; locuacidad, ideas vagas de grandeza, movilidad, inestabilidad, autoacusaciones.

No se observa ninguna perturbación aparente al examen somático. Con un tratamiento apropiado mejora y se le da de alta.

Vuelve al servicio tres meses después por manifestaciones semejantes, y durante su estadía en el Asilo no se observa en él ninguna manifestación de locura, por lo cual vuelve al medio familiar. Pocos días después vuelve en una crisis de superexcitación psicomotriz con agresividad, se le acusa de lesionar la moral pública. Después de un corto período de exaltación el enfermo se deprime, su carácter cambia, se embotan sus facultades mentales, pierde la relación con el medio exterior, hay fenómenos de amnesia lacunar; los reflejos se exageran, hay disartria en las palabras de prueba e ideas delirantes de grandeza. A poco cae en un verdadero estado de estupor, no contesta ninguna pregunta, vive siempre en su lecho, inmóvil, revelando un aire de estupidez; es preciso alimentarlo artificialmente y tratarlo por los *chocs*. Después de cuatro meses de este estado de estupor se despeja paulatinamente, se muestra sorprendido de su estado y manifiesta no recordar nada de lo sucedido en este período de su vida. Mejora, se ocupa en quehaceres del servicio, en el cual se muestra correcto, se repone físicamente y sale para irse a trabajar a un puerto.

Durante el período de estupor se le hizo una prueba de Wassermann en la sangre con un resultado intensamente positivo. Se trató por los procedimientos antisifilíticos habituales,

con lo cual se logró negativar esta reacción. Poco antes de su salida se practicó un análisis del líquido céfalo-raquídeo con el siguiente resultado:

Cantidad.....10 c. c.  
 Aspecto.....opalescente con pequeños grumos.  
 Tensión.....Normal  
 Albúmina.....0,90 grms. por mil  
 Pleocitosis.....280 células por m. m. cub.  
 Linfocitosis.....100% 70 por campo microscópico.

Reacción de Wassermann.....+ + +  
 " " Nonne.....+ + +  
 " " Noguchi.....+ + +  
 " " Pandy.....+ + +  
 " " Weichbrodt.....+ + +  
 " " Guillain.....2-2-2-2-1

*Signos somáticos.* Pocos días antes de su salida del Asilo, se le practicó un examen somático, en el cual se observó una exageración de los reflejos, el signo de Argyll-Robertson positivo y una cierta rigidez de las pupilas; no se encontró temblor fibrilar, ni disartria, ni perturbaciones mentales que hicieran creer en una enfermedad de Bayle.

En vista de este síndrome humoral se le prescribió un tratamiento apropiado por el mutanol y el arsénico (914), y se hace una reserva con respecto al pronóstico y al porvenir de este enfermo.

En el mes de Julio de 1925, vuelve al Asilo procedente de una región palúdica, de nuevo en evolución de un paludismo agudo. Al examen se encuentra: un delirio de megalomanía muy notorio, con excitación psicomotriz intensa; delirio de posesión de riquezas y conocimientos científicos; señala con los dedos índice y pulgar el tamaño de un diamante que posee, y al cual en su delirio ha bautizado con el nombre de «último diamante de la cena del juicio final», el cual, afirma el enfermo, es capaz de iluminar todo el mundo. Trajo de una excursión imaginaria por el extranjero un altar de la capilla Sixtina para la capilla del Asilo; y un anillo «inconocible, inconcebible para el médico director del Asilo, con un diamante en el cual ha hecho incrustar el nombre de su propietario «en brillantes de muchos colores». Dice que posee un tesoro de dos millones de dólares, y estar casado con Miss Alice Robinson, hija de Carlos V y hermana del conde de Montecristo. No se explica a qué fenómenos de la naturaleza se debe el tan gran desarrollo de su inteligencia, sabe, y conoce cuanto es dable saber y co-

nocer de la historia de la humanidad, desde Adán hasta mil años después de acabarse el mundo. En su delirio altruista ha ordenado a su padre haga sacrificar mil novillos diariamente para los pobres, de los que tiene en sus haciendas.

Un segundo análisis del líquido céfalo-raquídeo dió el siguiente resultado:

Cantidad.....15 c. c.  
 Aspecto.....cristalino  
 Tensión.....1° 50 y 2° 43 al manómetro de Claude.  
 Albúmina.....0,25 grms. por mil.  
 Pleocitosis.....16 elementos por m. m. cub.  
 Linfocitosis.....100%

Reacción de Wassermann.....++  
 " " Nonne.....+++  
 " " Noguchi.....+++  
 " " Pandy.....++  
 " " Weichbrodt.....++  
 " " Guillain.....2-2-2-2-0

*Examen somático.* Disartria, temblor de los dedos y de los labios, signo de Magnan, perturbaciones artrolálicas y psicolálicas, reflejos exagerados, signo de Argyll-Robertson positivo, anisocoria.

Es de observarse que en este enfermo la memoria se conservó casi intacta hasta sus últimos días; además, es de observar también, como hecho muy importante, el haber coexistido durante la evolución de la enfermedad una infección malárica, la cual no se trató, y que a pesar de todo la enfermedad siguió su marcha progresiva y fatal, hasta la aparición de la caquexia paralítica, estado en el cual muere el enfermo.

#### OBSERVACION No. 19

R. T. de Medellín, 30 años de edad, blanco, casado, pintor. Entra al Asilo el 26 de Septiembre de 1924.

*Antecedentes hereditarios.* Sin importancia.

" *personales* Sífilis adquirida hace seis años, con manifestaciones secundarias consiguientes, tratada por el 914 durante un año. Presenta desde hace un mes fenómenos de confusión mental, probablemente de origen tóxico y fenómenos de manía aguda con reacción psicomotriz intensa. En días pasados penetró en una casa honorable y sustrajo de ella objetos de uso doméstico, lo cual dió lugar a un procedimiento de policía. Ante el inspector, a donde fue llevado, no da se-

ñales de sorpresa por su detención, no recuerda haber cometido el hecho que se le imputa. Reconocido por dos médicos legistas le diagnostican una confusión mental, y le declaran irresponsable del delito que ha cometido.

*Examen mental.* En el Asilo se observa en este enfermo una depresión mental acentuada, entorpecimiento psíquico, amnesia casi completa, especialmente para los hechos más recientes de su vida; contesta malamente a las preguntas que se le hacen y siempre de una manera absurda e ilógica, desorientado en el tiempo y en el espacio, incoherente, expone ideas absurdas sobre tópicos de profesión.

*Examen físico.* Lengua sucia, enflaquecimiento y agotamiento muy notorios, temblor muy acentuado en los labios y en los dedos, el signo de Mangan es característico, disartria, Argyll-Robertson positivo, anisocoria e irregularidad pupilar, reflejos exagerados.

Wassermann de la sangre.++++

Líquido céfalo-raquídeo:

Cantidad .....20 c. c.

Aspecto ..... cristalino

Tensión ..... 45 y 23 al manómetro de Claude

Albumina ..... 0,40 grms. por mil

Pleocitosis ... 30 elementos por m. m. cub.

Linfocitosis .....100% 15 por campo microscópico.

Reacción de Wassermann++++

„ „ Nonne.....+++

„ „ Noguchi.....+++

„ „ Pandey.....+++

„ „ Weichbrodt...+++

„ „ Guillain.....2-2-2-2-2-0

Este caso, en el cual su familia y amigos no habían sospechado siquiera la demencia que lo afecta, es muy importante desde el punto de vista médico-legal. El carácter patológico de robo es palpable; hecho éste a la vista de todos, *a campo descubierto*, y el haber permanecido tranquilo, sin inmutarse por su detención ni dar disculpa alguna que justifique su actuación, son pruebas fehacientes del decaimiento de su sentido moral. La autocrítica ha desaparecido, el estado mental está tan apagado que el enfermo ni llega a preocuparse de sus alimentos; no habla, vive sumido en su más absoluta demencia.

Se le inicia un tratamiento sostenido por el 914 y el bis-muto, conforme al procedimiento de A. Marie, sin que con este se llegue a obtener la más leve mejoría.

Un segundo análisis del líquido céfalo-raquídeo, practicado seis meses después de iniciarse el tratamiento, nos dió el siguiente resultado:

Cantidad .....	18 c. c.
Aspecto .....	crystalino
Tensión .....	1º 36 y 2º 22 al H. Claude
Albúmina .....	0.50 grms. por mil.
Pleocitosis .....	100% hasta 12 lífocitos por campo.
Reacción de Wassermann	+++
„ „ Nonne	+++
„ „ Noguchi	+++
„ „ Pandy	++
„ „ Weichbrodt	++
„ „ Guillain	-2-2-2-2-2-1

Diagnóstico. Parálisis general forma confusional. Síndrome de Ganser. A causa de un accidente fue retirado por la familia y muere poco después en un ictus paralítico.



**Fig. No. 7. Paralítico general en remisión,  
forma demencial simple. Observación No 20.**

(Colección del utacr)

## OBSERVACION N° 20

R. F. de Carolina, 35 años de edad, blanco, casado, agricultor.

*Antecedentes hereditarios* No se conocen.

„ *personales.* Sífilis. Su enajenación principió hace veinte días por fenómenos maníacos, motivados por disgustos conyugales y choques morales.

*Examen mental.* Amnesia retroanterior, no recuerda su nombre ni el de sus padres, profunda obtusión mental inercia ideativa, pérdida total de la autocritica, incapaz para el menor razonamiento juicioso, errores de cálculo, inafectividad, indiferencia e incoherencia. Presenta el signo de Argyll positivo, anisocoria e irregularidad pupilar, disartria y dislogia, perturbaciones psicolálicas, temblor, fibrilar, signo de Magnan y del dactilógrafo positivos.

Wassermann de la sangre + + + +

Líquido céfalo-raquídeo:

Cantidad.....15 c. c.

Aspecto.....cristalino

Tensión.....gota a gota

Linfocitosis.....No se practicó

Reacción de Nonne.....negativa

„ „ Noguchi..... „

„ „ Wassermann + + +

„ „ Weichbrodt...negativa

Albúmina .....0,30 grms. por mil

Benjuf coloidal.....*1*.....2-2-2-0-0-0



En vista de la discordia entre el síndrome humoral y mental se pone el enfermo en observación por algún tiempo. Al cabo de dos meses los fenómenos de confusión mental se desvanecen, y puede observarse un delirio bien claro de megalomanía, cuenta que es rey en el Toluca, que tiene extensas haciendas, que se viste de oro etc. Los fenómenos demenciales se acentúan diariamente.

Se inicia un tratamiento por la malarioterapia; se le inoculan 2 cc. de sangre de palúdico con hematozoario positivo, intradérmico e intramuscular, se repite dos veces esta inoculación, sin que llegue a obtenerse un sólo acceso franco de paludismo. Se opta entonces por la piretoterapia (leche intramuscular) asociada a la triparsamida; este tratamiento se continúa por espacio de cuatro meses, con lo cual se logra contener las manifestaciones demenciales, renace su autocrítica, cesan sus ideas delirantes; pero sus signos somáticos no han retrocedido lo más mínimo. Un nuevo análisis del líquido céfalo-raquídeo dió el siguiente resultado:

Wassermann.....+++ positivo hasta con 0,1 de líquido

Pleocitosis.....5 elementos por m. m. cub.

Tensión .....1º 28 y 2º 24 al H. Claude.

Albúmina.....0,25 grms. por mil.

Benjuí coloidal... 2-2-2-1-1.1

Como se puede observar por los análisis anteriores, parece tratarse más bien de una sífilis meníngea que de una verdadera parálisis general; pero los caracteres del delirio, las manifestaciones demenciales y los resultados del tratamiento enérgico y sostenido, que fue un verdadero fracaso, hacen que confirmemos nuestro primer diagnóstico de una parálisis general de forma confusional. Actualmente este enfermo se encuentra en un estado de fijación de su enfermedad pero llevada ya casi al extremo límite de su demencia.

## FORMA DEMENCIAL SIMPLE

Es la forma clásica de parálisis general, la única admitida por Magnan y Baillarger. Se caracteriza por el debilitamiento mental simple, la pérdida de la autocrítica, la amnesia y los

signos somáticos; faltan en ella las manifestaciones expansivas y delirantes. Si alguna vez se observan delirios, éstos son efímeros y sin consistencia apreciable.

Los signos somáticos son a veces de tal naturaleza y tan manifiestos que imponen «d' emblée» el diagnóstico; es muy común encontrarla en enfermos de hospital.

El diagnóstico diferencial entre estas formas demenciales y las demencias por carencia congénita, o enfermedades mentales de evolución (idiosia, imbecilidad, debilidad mental congénita), en las cuales ha habido una detención en la evolución natural de la inteligencia, en su desarrollo normal, el diagnóstico diferencial, lo repetimos, se hace por estudio del pasado del enfermo; el parálítico general es un rico *que ha venido a menos en fortuna*, mientras que los enfermos por evolución intelectual o por carencia han sido siempre *mendigos mentales*.

Con la demencia precoz el diagnóstico de la parálisis general juvenil, especialmente cuando el síndrome humoral es positivo, o cuando hay catatonía, reviste inusitadas dificultades. En estos casos debe recordarse los caracteres de la demencia global y progresiva en los parálíticos incompleta, y que hiere desigualmente las facultades mentales del demente precoz. El delirio por sus caracteres clínicos muy diferentes en ambas afecciones, y los fenómenos somáticos, son características que ayudarán para un buen diagnóstico diferencial.

#### OBSERVACION N° 21

C. N. de Medellín, 41 años de edad, blanco, soltero, hacendado.

*Antecedentes hereditarios.* Familia alcohólica y psicopática, herencia ética directa.

*Antecedentes personales.* Alcohólico, palúdico (!) Vagabundo, mujeriego. Hace 18 años sufrió un chancro específico con manifestaciones secundarias, el cual se trató por el mercurio durante tres años. Ha llevado una vida de hacendado muy activa.

La primera manifestación morbosa fue un ictus apoplético, con hemiparesia derecha, que *curó después de algunos meses sin dejar trazas*. En esa época el Wassermann de la sangre, dió un resultado intensamente positivo. Este ictus tuvo lugar

1) Edem en pueblo y una cor-  
 bata blanca si no hay. <sup>10.10.10</sup> ~~10.10.10~~  
 luego la cubo <sup>10.10.10</sup> ~~10.10.10~~ en hora cya  
 del <sup>10.10.10</sup> ~~10.10.10~~  
 del <sup>10.10.10</sup> ~~10.10.10~~ <sup>10.10.10</sup> ~~10.10.10~~  
 que valia al Edem que la casa  
 antes del Edem vi. <sup>10.10.10</sup> ~~10.10.10~~  
 ole <sup>10.10.10</sup> ~~10.10.10~~ en <sup>10.10.10</sup> ~~10.10.10~~ y si no <sup>10.10.10</sup> ~~10.10.10~~  
 a <sup>10.10.10</sup> ~~10.10.10~~ <sup>10.10.10</sup> ~~10.10.10~~ <sup>10.10.10</sup> ~~10.10.10~~  
<sup>10.10.10</sup> ~~10.10.10~~ <sup>10.10.10</sup> ~~10.10.10~~ <sup>10.10.10</sup> ~~10.10.10~~  
<sup>10.10.10</sup> ~~10.10.10~~ <sup>10.10.10</sup> ~~10.10.10~~ <sup>10.10.10</sup> ~~10.10.10~~

Fig. No. 8. Demencia paralitica, perturbaciones psicograficas caligraficas. Enfermo No. 21. (Colección del autor)

hace diez meses. Un nuevo ictus apareció hace cuatro meses, semejante al anterior, pero que dejó tras sí un estado de obnubilación mental del cual no ha podido salir el enfermo.

Pocos días después se observan en él ideas delirantes de suficiencia personal y de posesión de riquezas: se cree muy valiente y hermoso, tiene en compra haciendas por valor de más de seis millones de dólares, grandes partidas de gauchos en venta en las principales ferias del país; se imagina desempeñar un puesto muy saliente en la política del país; las mujeres más hermosas del mundo han sido sus queridas. En estos últimos días ha tenido una verdadera sobreexcitación genital; en su hacienda ha tenido mujeres que han debido huír espantadas de su satiriasis.

Lo más característico en la actualidad es la demencia y los síntomas somáticos; la autocrítica ha desaparecido casi por entero, cuenta que conoce en los E. E. U. U. una hacienda tan enorme que puede «contener y sostener ochenta yeguas y cien vacas», en su vida social comete las más probables faltas de corrección; antes muy respetuoso de su posición social es ahora un crapuloso que no tiene a mal pasearse en el automóvil de su familia, a pleno día por las calles más centrales de la ciudad, en compañía de una mujer de arrabal. Pródigo en exceso, de carácter verdaderamente patológico, regala un día su automóvil y su reloj a un desconocido, lo cual dió lugar por parte de su familia a la petición de la interdicción judicial para este enfermo.

*Examen somático.* Los síntomas físicos más característicos en este caso son: la disartria, con perturbaciones dislógicas y psicológicas, el temblor fibrilar de los labios, de la lengua y de los dedos, el signo de Magnan, la anisocoria e irregularidad de las pupilas, el signo de Robertson y la exageración de los reflejos tendinosos, las perturbaciones caligráficas y psicográficas son muy características.

#### Análisis del líquido céfalo-raquídeo:

Cantidad..... 23 c. c.

Aspecto..... cristalino

Tensión..... 10. 36 y 20. 30 al manómetro de Claude

Albúmina... 0,30 grms. por mil.

Pleocitosis..... 26 elementos por m. m. cub.

- Inman los D. S. J.  
 co - i. metua —

- Inman's de m. a. e.  
 In se tiene en la p. p.  
 n. y. a. s. e. m. uniendo

Fig. No. 9. Enfermo de la observación No 21. Desórdenes caligráficos. Demencia parálitica en su último período. [Colección del autor]

Linfocitosis.....	100% 4 por campo microscópico
Reacción de Wassermann.....	++++ positiva hasta con 0,1 de cc.
“ “ Nonne.....	+++
“ “ Noguchi.....	+++
“ “ Guillain.....	2 2 2-2-2 1

Ante este cuadro humoral y mental el diagnóstico de parálisis general de forma demencial era indudable. Internado en el Manicomio, con el aislamiento y la supresión de excitantes tóxicos como el alcohol, al cual el enfermo se había entregado en los últimos días con exceso y sin medida, su estado mejora un poco. Se le instituye un tratamiento por los arsenicales trivalentes y por las sales de bismuto, sin que los signos somáticos retrocedan ni en un ápice. Para comprobar este fracaso terapéutico hasta hacer la comparación del análisis precedente del líquido céfalo-raquídeo con el que sigue:

Cantidad.....	22 c. c.
Aspecto ..	crystalino
Tensión.....	1o. 40 y 2o. 34
Albúmina.....	0,30 grms por mil
Pleocitosis.....	20 elementos por m. m. cub
Linfocitosis.....	100%
Reacción de Nonne.....	+++
“ “ Noguchi.....	+++
“ “ Wassermann.....	++++ positiva hasta con 0,1 de c. c.
“ “ Guillain.....	2-2-2-2-1

Se continúa el tratamiento por espacio de seis meses sin que ninguno de los síntomas mejoren, hasta que la familia, en vista de la gravedad del pronóstico y de los progresos rápidos de la demencia, resolvió retirarlo del Asilo. Poco tiempo después muere este enfermo en plena caquexia parálitica, presentando un síndrome de Cottard muy típico.

## OBSERVACION N.º 22

F. Z. de Cisneros, de 35 años de edad, negro, jornalero, viudo. Entra en el Asilo el 8 de marzo de 1928.

*Antecedentes hereditarios* No se conocen.

" *personales.* Sífilis y paludismo. [1]

*Estado actual.* Entra en el Asilo calmado, afable, contesta fácilmente a las preguntas que se le hacen, precisa datos respecto a sus hijos y algunos hechos de su vida en los cuales se muestra lúcido y memorioso, sin reacciones psicomotrices ni ideas delirantes. En contra de esta falta de síntomas mentales se observa un síndrome somático muy característico: reflejos tendinosos exagerados. [hiper reflexia] signo de Babinski positivo, trepidación epileptoide de los pies, temblor fibrilar generalizado, en los dedos, en la lengua, y en los labios especialmente, facies paralítica, semiptosis palpebral, anisocoria, signo de Argyll positivo en el lado derecho, disartria y dislogia muy típica, lo mismo que las perturbaciones psicológicas; existe un signo de Romberg hiperpositivo sensibilidad superficial normal.

Pocos días después presenta perturbaciones de la memoria y estereotipias de las palabras; dice que tiene cuarenta años; que se ha casado hace cuarenta y que su hijo mayor tiene cuarenta años; manifiesta algunas ideas de posesión de riquezas de carácter micromegalomaniaco. Las perturbaciones e iligráficas, como puede verse en la figura correspondiente, denotan un estado somático y demencial muy avanzado.

Wassermann en la sangre... + + +

Líquido céfalo-raquídeo. .

Wassermann..... + +

Albúmina..... 0, 30 gramos por mil

Reacción de Nonne..... positiva

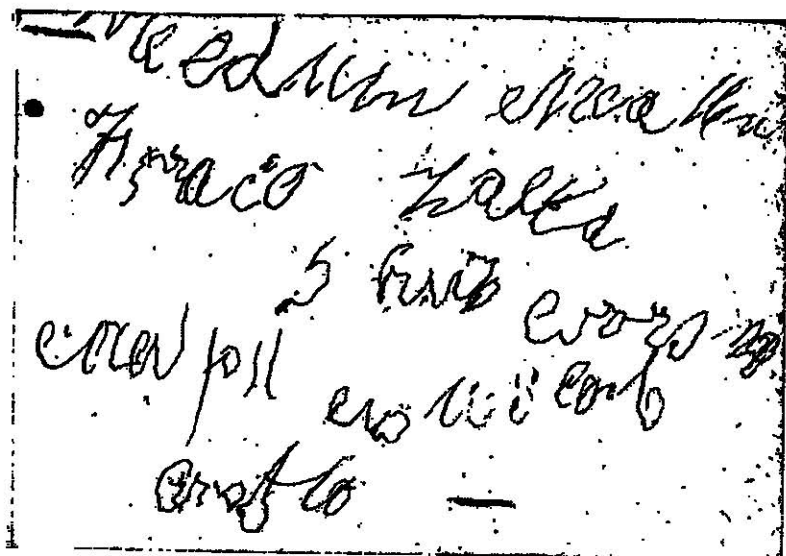
" " Noguchi.... "

" " Weichbrodt.. "

Pleocitosis..... 18 elementos celulares por m.m. cub.

Tensión ..... 1o. 33 y 2o. 23 al H. Claude.

Se trata en la actualidad este enfermo por la malarioterapia, sin que hasta hoy (tercera inoculación) se haya logrado sembrar o reactivar el paludismo. Esperamos como en otros casos similares, el resultado del tratamiento para sacar de estos alguna conclusión práctica.



**Fig. No. 10. Parálisis general, forma somática. Perturbaciones notorias y caligráficas. Observación No. 22.**

(Colección del autor)



## FORMA TABETICA

En esta forma se encuentran reunidos más o menos completos los síntomas de la parálisis general y los signos de la serie tabética. Varios casos pueden ocurrir: 1º los síntomas de la tabes aparecen en una parálisis general en evolución; es la parálisis general descendente. En este caso los signos tabéticos están esbozados apenas; casi los únicos síntomas observados son la arreflexia y la marcha incoordinada; 2º Los signos de la parálisis general y de la tabes hacen su aparición a un mismo tiempo. Es el caso de la parálisis general asociada. 3º Los signos paralíticos hacen su aparición en un individuo ya tabético. Algunos años ha estado en evolución una tabes, como sucedió en uno de nuestros enfermos, a veces después de un tratamiento intenso, cuando después de una intoxicación etílica o de un ictus aparecen las primeras manifestaciones paralíticas: delirio megalomaniaco, fenómenos de manía aguda etc.

El diagnóstico diferencial no reviste dificultad insuperable en estos casos; los signos somáticos paralíticos como la disartria, las perturbaciones caligráficas, etc., y los síntomas de la esfera psíquica: debilitamiento global de las facultades, amnesia, etc., son muy aparentes para dar lugar a dudas. Solamente en un caso hay necesidad de una seria reflexión; es aquel en el cual en un tabético aparecen perturbaciones mentales, como la manía aguda, la melancolía simple, los delirios sistematizados etc., entonces el diagnóstico es difícil y precisa un criterio clínico avisado y una delicada interpretación de los síntomas.

Un hecho muy curioso que han observado algunos autores es el *vaivén* entre los síntomas paralíticos y tabéticos, de acuerdo con la época de la aparición. Cuando el tabes aparece en un paralítico los fenómenos demenciales amenguan e inversamente.

El estudio del síndrome humoral servirá en mucha parte para facilitar este diagnóstico diferencial.

### OBSEKVACION N°23

F. T. de Abejorral, 28 años de edad, mestizo, casado, policía. Entra el 19 de Septiembre de 1.925.

*Antecedentes hereditarios.* Sin importancia.

" *personales.* Sifilítico, en el cual la fecha de aparición del chancro ha sido imposible precisar. En 1.920 aparecieron las primeras manifestaciones tabéticas, y dos años después su ataxia locomotriz se había instalado ya con su sintomatología clásica. Desde la aparición se las primeras manifestaciones se trató de una manera intensa; del año de 1.920 a

1923 se le aplicaron en el Dispensario Municipal, al rededor de setenta inyecciones de neosalvarsán, noventa y cinco de cianuro, de mercurio y más de setenta de mutanol. Actualmente presenta todas las manifestaciones tabéticas: signo de Westphall, marcha característica incoordinada, perturbaciones de la sensibilidad superficial, crisis gástricas, dolores lancinantes y terebrantes etc.

A su entrada en el Asilo se encuentra calmado, con alucinaciones visuales y auditivas, ideas delirantes de carácter melancólico, amnesia completa, no recuerda el nombre de su madre a quien confunde con su suegro, ni el de su mujer no sabe si es casado; al preguntarle si tiene hijos contesta afirmativamente, pero no sabe cuantos, ni el nombre de su única hija; ha perdido la noción del tiempo y del espacio, equivoca continuamente los nombres de los meses, invirtiéndolos. Sus síntomas somáticos paráliticos son los siguientes: disartria, signo de Magnan, temblor de los labios, lisonomía parálitica, anisocoria, signo de Argyll y de Romberg positivos, temblor fibrilar de los dedos, arreflexia.

A poco de su entrada en el Asilo entra en gran sobreexcitación psicomotriz con locuacidad, movilidad, fuga de ideas, y cenestesias variadas: cree tener un ratón que le muerde de continuo un artejo; sus alucinaciones auditivas y visuales se han exacerbado a veces se le encuentra gritando, llorando de miedo de un sér imaginario a quien ve venir, oye cuando lo insulta y siente que lo golpea. No hay delirio de grandeza; su síntoma psíquico predominante es la demencia.

Wassermann de la sangre..+	
Líquido céfalo-raquídeo:	
Cantidad .....	20 c. c.
Aspecto .....	crystalino
Tensión .....	1° 43 y 2° 37 al H. Claude.
Pleocitosis .....	2 elemetos por m. m. cub.
Linfocitosis .....	escasos linfocitos
Reacción de Wassermann...	++ ++ con 0,2 de líquido
	+++ " 0,1 " "
"    de Nonne .....	++
"    "    Noguchi .....	+++
"    "    Pandy .....	++
"    "    Weichbrodt ...	++

La reacción positiva de Wassermann con 0,2 c. c. o menos cantidad de líquido céfalo-raquídeo es muy característica de la parálisis general, conforme lo indica Robert Bing.

Se trata este enfermo por el bismuto y el 914, conforme el procedimiento de A. Marie (leche intramuscular para verifi-

car el alza de la temperatura y durante éste, inyecciones de bismuto o de 914) durante cuatro meses sin lograr hacer retroceder ninguno de los síntomas. A causa de su excitación psicomotriz y de su inquietud sufrió un accidente (fractura del brazo derecho) que lo redujo a la cama, y muere en un ictus paralítico.

## FORMA SENIL O ATEROMATOSA

La forma de parálisis general senil no se diferencia de las otras formas sino por la época de aparición de las manifestaciones morbosas, de ordinario aparece de los sesenta años en adelante; puede revestir la forma demencial simple, asemejarse por su delirio a la enfermedad de Wernicke, o presentarse con manifestaciones idénticas a las de una manía. Las formas melancólicas o confusionales son más raras.

El diagnóstico diferencial entre esta forma de parálisis general senil y la demencia ateromatosa se hace por el estudio de los caracteres de la demencia misma: más profunda, global y progresiva en la enfermedad de Bayle, es más superficial, de carácter retroantrógrado y se ciñe a la ley de Ribot de la memoria en la demencia senil. La emotividad se exagera siempre en esta enfermedad con llantos y quejas frecuentes, mientras que en la parálisis general la inafectividad y la indiferencia son síntomas de observación constante.

Con la aterosclerosis cerebral, que por su falta de irrigación y esclerosis de los pequeños vasos produce muchas ocasiones síndromes semejantes a la parálisis general, el diagnóstico se hará por el estudio de la sintomatología somática y psíquica. Su aparición en una edad posterior a la de la parálisis general y anterior a la demencia senil la concomitancia de las manifestaciones mentales con fenómenos viscerales de orden arterioescleroso, la falta de la disartria, los caracteres del temblor, los ictus más comunes y más fugaces, las manifestaciones hepáticas, son jalones preciosos para establecer un diagnóstico seguro.

Los síntomas psíquicos son también diferentes: la demencia es más global y completa en la parálisis general que en la demencia arterioesclerosa; al contrario la amnesia es lacunar, diferente según el momento del examen, variable y adaptada a la ley de Ribot en la aterosclerosis. En fin, la evolución es también diferente en ambas afecciones, más prolongada, más lenta en la arterioesclerosis cerebral, más completa desde un principio y más precoz en la parálisis general progresiva.

El síndrome humoral servirá también para solucionar dificultades en casos dudosos o de asociación morbosa.

## OBSERVACION No. 24

R. T. de Angostura, 66 años de edad, blanco, viudo, agricultor.

Entra el 27 de Julio de 1925.

*Antecedentes hereditarios.* Herencia vesánica directa.

" *personales.* Alcohólico y mujeriego. Desde hace algún tiempo viene presentando alternativas de exaltación y de depresión psíquica; sus recuerdos son imprecisos con respecto a lo acaecido en su vida pasada, amnesia casi total, desorientación en ambos planos, indiferencia, inafectividad, sin reacciones psíquicas ni motrices. Su amnesia es completa sin ceñirse a la ley de Ribot de la memoria, es general y abarca con la misma intensidad todas las épocas de su vida. Se observan algunas ideas delirantes de posesión de riquezas, dice ser un ladrón fantástico, que se ha robado muchas arrobas de oro en una mina. La pérdida de su autocritica es notable, lo mismo que la falta de sentido moral.

*Examen somático.* Marcha dudosa, titubeante, reflejos rotulianos exagerados, lo mismo que los aquíleos; signo de Babinski positivo, disartria característica que hace su conversación ininteligible; temblor generalizado de los dedos, de los labios y de la lengua, signo de Magnan y del dactilógrafo, anisocoria signo de Argyll y de Romberg positivos.

Wassermann en la sangre..	++++
Líquido céfalo-raquídeo	
Cantidad.....	18 c. c.
Aspecto.....	xantocrómico
Tensión.....	moderada
Albúmina.....	2 grms. por mil
Pleocitosis.....	43 elementos por m. m. cub.
Linfocitosis.....	100% hasta 8 por campo
Reacción de Wassermann	+++ H <sup>o</sup>
" " Nonne.....	+++
" " Noguchi....	+++
" " Pandy.....	+++
" " Guillain....	2-2-2-2-2-1

Por los caracteres de su demencia y de su amnesia, y por el estudio del síndrome se sienta con seguridad el diagnóstico de parálisis general de forma senil.

Este enfermo pocos días después de su entrada en el Asilo, muere a consecuencia de un ictus.

## OBSERVACION No. 25

B. J. C. de Belmira, de 70 años de edad, negro, casado, cantero. Entra al Asilo el 16 de Julio de 1924.

*Antecedentes hereditarios.* Sin importancia.

„ *personales.* Sífilis no tratada hace quince años. Esté enfermo entra al Asilo en un verdadero estado demencial, que se creyó fuese una demencia senil y como tal se le tuvo en los primeros meses. Después a un examen más atento se encontró: un delirio expansivo, irregular, móvil, una amnesia completa y una pérdida de la autocritica muy manifiestas; temblor fibrilar, exageración de los reflejos, disartria, signo de Argyll.

Wassermann de la sangre..+ + +

Líquido céfalo-raquídeo:

Cantidad.....15 c. c.

Aspecto.....cristalino

Tensión.....1° 40 y 2° 36 al H. Claude

Albúmina.....1 grms. por mil

Pleocitosis .....80 elementos por m. m. cub.

Linfocitosis.....100% 15 elementos por campo.

Reacción de Nonne.....+ +

„ „ Noguchi.....+ +

„ „ Wassermann.+ + + H°

„ „ Guillain.....2-2-2-2-2-2-1

Después de algún tiempo durante el cual la demencia se acentúa de manera característica y sus síntomas se confirman, entra en un estado de gatismo paralítico y muere en él, poco tiempo después.

*Forma de Westphal.* Hay una forma de parálisis general descrita por Westphal, cuya sintomatología es fugaz, de aparición y desaparición súbita; su estado delirante es siempre expansivo, sus manifestaciones eufóricas muy netas, sus signos somáticos apenas esbozados. Es una forma que suele presentarse únicamente en el periodo prodrómico de la afección y que cede a un tratamiento apropiado. Tal las dos historias que resumimos a continuación.

## OBSERVACION N° 26.

J. S. de La Unión, 54 años de edad, blanco, casado, hacendado.

*Antecedentes hereditarios.* Sin importancia.

„ *personales.* Especifico mal tratado; tuvo ma-



# Parálisis General Progresiva

## CONTRIBUCION PARA SU ESTUDIO

### SINONIMIA

En el transcurso de la evolución histórica de la parálisis general, casi todos los autores han denominado este gran complexus anatómo clínico con un nombre más o menos apropiado a la evolución de sus ideas, y a la forma clínica o anatómo patológica. Los nombres más comúnmente dados y que han permanecido en el estudio de esta afección, como datos históricos, son los siguientes:

- Parálisis muscular crónica. (Georget. 1820).
- Aracnitis y meningitis crónica (Bayle. 1822).
- Parálisis general incompleta. (Delaye. 1824).
- Parálisis general de los alienados o periencefalo-meningitis crónica difusa. (Calmeil. 1821-1841).
- Locura parálítica. (Parchappe. 1834-1838. J. Falret 1853).
- Demencia parálítica. (Baillarger 1890).
- Demencia parálítica. (Kraft Ebinge, Kroepelin 1900).
- Ataxia psico motriz. (Lunier. 1850).
- Encefalitis crónica intersticial difusa. (Magnan 1867).
- Parálisis general progresiva. (Requin, Lunier, Sandras, Lasègue, Magnan, Joffroy, Ballet, Garnier, Schule, Meudel. 1903).

Con esta misma denominación es conocida en la actualidad y descrita por todos los autores modernos como E. Dupré, Regis, Lévy-Valensi, H. Claude, Arnaud, René Charpentier, etc. Confirmada su naturaleza específica desde el descubrimiento de Noguchi, el nombre actual es el de Parálisis general progresiva sífilítica

nifestaciones secundarias.

*Estado actual.* Viene precedido de una información en la cual se destaca como principal síntoma un delirio de grandeza para los negocios y conocimientos.

Entra en un estado agudo de sobreexcitación, para el cual hay que contenerlo por los procedimientos acostumbrados; las perturbaciones mentales se reducen a un estado delirante eufórico y de posesión de riquezas, se figura que viene a celebrar un negocio de ganados en el cual ha de obtener muchos millones de utilidad; se forja proyectos absurdos para el porvenir. Entre sus síntomas somáticos los más aparentes son: un esbozo de disartria, el temblor fibrilar generalizado, y la exageración de los reflejos y el signo de Argyll-Robertsson.

Wassermann en la sangre.. + + +  
 Líquido céfalo-raquídeo.  
 Cantidad.....22 c c.  
 Aspecto.....cristalino  
 Tensión....., .....1° 50 y 2° 30 al H. Claude.  
 Pleocitosis.....50 elementos por m. m. cub.  
 Linfocitosis.....100% 15 por campo microscópico

Reacción de Wassermann.....+ + +  
 " " Nonne.....+ + +  
 " " Noguchi.....+ + +  
 " " Guillain.....2-2-2-2-1-1  
 Albúmina.....0.45 grms. por mil.

Se somete este enfermo a un tratamiento por el bismuto y los arsenicales, con lo cual se obtiene una mejoría muy clara del síndrome mental; la disartria y el temblor apenas si se observan en las pruebas difíciles, sus ideas delirantes han desaparecido y su personalidad moral vuelve de nuevo a la normalidad. Sale completamente repuesto física y mentalmente algunos días después, para ponerse de nuevo al frente de sus negocios. Se nos informa que en la actualidad no ha manifestado ningún fenómeno morboso mental, es correcto, lleva su negocio a satisfacción y cumple exquisitamente sus deberes de ciudadano.

#### OBSERVACION No, 27

G. J. M. de Maceo, 21 años de edad, soltero, mestizo, agricultor.

*Antecedentes hereditarios.* Familia psicopática.

" *personales.* Tuvo un chancro específico hace dos años con manifestaciones secundarias (roseola, sífilides c.

rosivas de los labios). Viene con una información en la cual aparecen como síntomas dominantes un delirio sistematizado de riquezas: grandes haciendas, empresas de aserrío, compras inmoderadas de ganado; y fenómenos de exaltación psicomotriz con agresividad.

En el Asilo se le observa esta misma excitación psicomotriz con su delirio de riquezas, es un jornalero y dice que tiene dos mil novillos para venderlos y gastarse el dinero; tiene una pérdida de la auto crítica muy acentuada e ideas delirantes contradictorias; movilidad en sus sentimientos afectivos. Reflejos exagerados, signo de Babinski positivo, no hay temblor en los dedos ni en los labios pero sí en la lengua, fenómenos disártricos para las palabras de prueba, pupilas puntiformes y rígidas, signo de Argyll positivo.

Wassermann en la sangre..... + + +

Líquido céfalo-raquídeo:

Wassermann..... + + + positivo hasta con 0,1 de cc.

Benjuf coloidal..... 2-2-2-1-1-0

Tensión..... 1º 30 y 2º 21 al H. Claude.

Albúmina..... 0,40 grms. por mil.

Reacción de Nonne..... + +

“ “ Noguchi..... +

“ “ Weichbrodt..... negativa

Se trata este enfermo por el procedimiento de A. Marie con un resultado notable. De su sintomatología sólo ha quedado, en el momento de su salida del Asilo, el signo de Argyll positivo y un esbozo de disartria observable solamente en las palabras de prueba; todo lo demás ha vuelto a la normal.





# Tratamiento malario-terápico

## DE LA PARALISIS GENERAL

Observando el buen resultado obtenido en las diversas psicosis por los tratamientos piretógenos, el profesor Wargner von Jauregg, de Viena, tuvo la idea de aplicar este tratamiento en sus paráliticos generales. Después de su primera publicación en 1917, en todas partes del mundo se han publicado estudios estadísticos comprobando lo beneficioso de esta mediación.

En la literatura que a este respecto hemos consultado para nuestra tesis, solamente encontramos como contribución colombiana para este tópico un estudio del doctor Téllez T. de Bogotá, estudio muy interesante, en el cual publica observaciones de algunos paráliticos tratados por él mediante esta terapéutica, y expone sus opiniones al respecto.

En estos últimos tres años ha venido haciéndose los primeros ensayos terapéuticos de esta naturaleza entre nosotros. Los casos que aparecen en nuestra tesis son muy pocos para pretender sacar de ellos una conclusión definitiva; los adoptamos, llamando sobre ellos la atención, como hechos que si no están de acuerdo con la opinión general, son sí experimentos dignos de tenerse en consideración.

**Técnica.** La técnica más comúnmente empleada para este tratamiento es la inoculación directa de sangre malárica, obtenida por punción endovenosa e inyectada en los músculos o debajo de la piel; autores como Artwinski y Ostrouski practican esta inyección por inoculación directa en las venas del parálitico.

Para esto se recogen 5 c. c. de sangre en el principio del acceso, en pleno calorío, o en el acmé mismo de la temperatura. Es conveniente que el parálitico no haya sufrido antes ningún tratamiento específico; en caso contrario los resultados son aleatorios.

El hematozoario más comúnmente empleado es el *plasmo*

*dium vivax*, productor de la fiebre tercia benigna; y parece ser que con esta forma se han obtenido los mejores resultados terapéuticos. La espiroqueta de la fiebre recurrente africana ha sido también empleada, pero es de observarse que su inoculación es delicada y de consecuencias a veces graves. Hoy por hoy, todos los autores dan la preferencia al *plasmodium vivax* más manejable y de resultados más seguros. Hemos usado siempre este hematozoario para nuestras inoculaciones, tomado en toda la intensidad del acceso palúdico, comprobada su existencia por el microscopio, y sin embargo nuestras inoculaciones han sido siempre negativas.

Según el decir de los experimentadores los accesos térmicos aparecen en un plazo demasiado irregular, desde tres días hasta veintidós, y esto a pesar de hacerse la inoculación en los paráliticos al mismo tiempo y con la misma sangre.

Cuando la inoculación directa de sangre de palúdico es imposible, se puede transportarla después de desfibrinada, agregándole un centímetro cúbico de solución de dextrosa al 50%, procurando mantenerla a una temperatura vecina de 37° centígrados. Con esta práctica Mühlens ha logrado inoculaciones positivas hasta cinco horas después de obtenida la sangre.

El número de accesos que deben dejarse evolucionar varía mucho con los diversos autores; Pilcz y Nonne han dejado en ocasiones que estos accesos se calmen por sí solos, cuando el estado general del enfermo lo permite. Las más de las veces dejan evolucionar el paludismo hasta obtener quince o veinte accesos y luego lo tratan por medio de una medicación química.

Una vez que la inoculación surte sus efectos, se instituye el tratamiento específico, ya sea por el mercurio, ya por las sales arsenicales bajo cualquiera forma, o por el bismuto. La mejor recomendación, según Henri Claude, es la de las dosis pequeñas o intermediarias de las sales arsenicales inyectables.

**Contraindicaciones.** Las contraindicaciones dependen exclusivamente del estado general del enfermo; sin embargo hay otras circunstancias que como la edad imponen cierta circunspección al experimentador. Las principales contraindicaciones son:

a) Las afecciones cardiovasculares no compensadas. En las afecciones cardíacas compensadas el tratamiento puede instituirse siempre que se vigile de cerca para impedir cualquier accidente de insuficiencia cardíaca.

b) Los estados demenciales avanzados, la caquexia parálitica, el gatismo y el marasmo. Es de observación entre los autores que el tratamiento para que sea eficaz, ha de hacerse

en el principio de la enfermedad; la malarioterapia, como los choes en general, no es un tratamiento para agonizantes.

c) La tuberculosis pulmonar.

d) Las formas rápidamente evolutivas.

*Resultados y estadísticas.* Todos los autores que han experimentado el tratamiento de la enfermedad de Bayle por medio del paludismo experimental, han observado que los resultados obtenidos por este método, eran superiores a todos los tratamientos hasta hoy conocidos. Solamente Sézary a Barbé, oponen algunas objeciones al respecto; para ellos los resultados obtenidos con las inyecciones de arsenicales pentavalentes (estovarsol) son sensiblemente iguales a los que la malarioterapia puede dar.

En cambio, según Wagner y los médicos de lengua alemana, el porcentaje de curaciones y de remisiones obtenidas mediante este tratamiento sería muy vecino de un 50%, en el total de enfermos tratados por este método en todos los períodos de la enfermedad. Entre éstos hay muchos casos que según Wagner, la remisión se sostiene desde hace cuatro a cinco años, lo cual puede asimilarse a una verdadera curación.

En Francia H. Claude y Targowla, Pagniez, Marie y Kohen, han obtenido entre remisiones de más de un año de duración y *curaciones prácticas* un porcentaje de 30 a 40% en el total de sus enfermos. Igual resultado anotan los autores ingleses. Para los médicos suizos, dinamarqueses y holandeses, la proporción es sensiblemente igual a la obtenida por los autores alemanes. (Bleuler, Bersot, Boumann etc). Para la generalidad de los autores suramericanos, italianos y rumanos, esta proporción no va más allá de un 30% de los casos.

En los Estados Unidos autoridades como Bunker y Kirby, en 156 enfermos por ellos tratados anotan la proporción siguiente:

Remisiones totales.....	52	— 33,3%	} 50,6%
Mejorías mentales bien marcadas.	26	— 17,3%	
Sin mejoría o sólo pasajera.....	37	— 23,7%	
Muertos durante el tratamiento..	40	— 25,7%	
Perdidos de vista .....	1		} 49,4%
	156	100%	

Es conveniente anotar que estos autores asignan como porcentaje a las muertes producidas exclusivamente por la malaria en el curso del tratamiento el 12,5%; porcentaje un tanto menor que el que aparece en la estadística de Crouzon (16%).

Artwinski y Ostronski en Polonia, resumen su estadística de la manera siguiente:

Mejorías completas.....	42,%
"    parciales.....	15,%
Sin mejoría.....	37,%
Muertes.....	5,%

Con esta estadística estos autores concluyen, como es lógico, en favor de este tratamiento.

Weygant trata 300 casos de parálisis general en el transcurso de 5 años y obtiene un 38% de remisiones tan sostenidas que se pueden considerar como curaciones verdaderas; un 12% de mejorías casi completas, y un 16% en los cuales la mejoría fue de corta duración.

Nonne en 240 casos tratados con este método, en el transcurso de dos años, obtiene un 33, 7% de curaciones prácticas y un 47% de remisiones incompletas. Sus conclusiones son explícitas a este respecto: "Nunca he visto antes, dice, remisiones tan frecuentes, tan intensas y tan prolongadas, como las que he obtenido por medio del tratamiento malarioterápico". Eldridge y Mühlens, después de un estudio comparativo muy concienzudo, llegan a la misma conclusión. El Dr. Tellez T. de cuyo estudio, publicado en el Repertorio de Medicina y Cirugía de Bogotá, en 1926, hemos tomado algunos apuntes para este capítulo, es de la misma opinión que los autores citados; pero a pesar de todo no osa admitir una curación verdadera, ya que el tiempo de observación es insuficiente para sentar en firme una doctrina a este respecto.

Estas estadísticas de remisiones obtenidas por la malarioterapia, comparadas con las remisiones naturales de las enfermedades hablan en favor del tratamiento. Así: Tophoff, en 290 casos de parálisis general no tratados que le ha tocado observar, ha visto un 4,8% de mejorías espontáneas, muchas de las cuales de una duración inferior a un año; Raynor, en 1.004 paralíticos observados por él en el Manhattan State Hospital, encuentra un porcentaje de mejorías espontáneas sólo de un 3,5%.

Como se ve este tratamiento da un margen de curabilidad a esta enfermedad el cual no había sido alcanzado antes por ningún otro, y que bien puede ocupar el lugar de tratamiento de elección con las reservas que adelante veremos.

Para estudiar los efectos del tratamiento conviene observar separadamente la sintomatología psíquica y las perturbaciones físicas.

*Síntomas psíquicos.* Son estos los que más se benefician del tratamiento. En la forma expansiva, la más a propósito para este tratamiento y la que da más alto porcentaje de remisiones, las ideas delirantes vuelven a la normalidad, a veces antes del primer mes del tratamiento, (H. Claude, Nonne

Targowla, etc.) el enfermo se orienta, recupera su memoria y su autocrítica, vela más por su persona, reconoce los beneficios del tratamiento etc. En el transcurso de la medicación se observa una mejoría muy neta del raciocinio, de la capacidad de esfuerzo intelectual y de los sentimientos afectivos.

Sin embargo la mayoría de los autores no se deciden a afirmar en ningún caso, a pesar de remisiones duraderas, el retorno absoluto al estado normal. En suma, todos los procesos de la actividad psíquica son los que mayores beneficios obtienen de este tratamiento.

*Signos somáticos.* Entre los síntomas somáticos parece que la disartria, el temblor y las perturbaciones caligráficas, sean las que de manera más precoz obtengan una mejoría sensible; los signos pupilares y el estado de los reflejos permanecen mucho tiempo sin modificarse; la marcha, si sus perturbaciones no están avanzadas, puede volver a un estado vecino del normal. Lo que mejora aprisa es el estado general del enfermo.

*Signos humorales.* Las modificaciones observadas desde el punto de vista humoral son insignificantes, a veces puede observarse una acentuación de las reacciones en el líquido céfalo-raquídeo. La albúmina y la linfocitosis, es verdad, sufren una mejoría apreciable con este tratamiento; en los casos que hemos visto de parálisis general en evolución con un paludismo concomitante, y cuya publicación insertamos en otra parte, hemos podido comprobar este hecho. En uno de ellos la fórmula linfocitaria descendió desde 280 linfocitos por m. m. cub. hasta 16 en la misma cantidad. La reacción de Wasserman y la de Guillain no parecen modificarse por este tratamiento, más allá de lo que se observa generalmente en esta enfermedad. Sin embargo Plaut, en 42 casos tratados ha podido obtener 14 veces la negativación absoluta de esta reacción de Wassermann, al menos por algún tiempo. Steinert ha visto en cuatro enfermos negativarse esta reacción después de algunos meses de tratamiento, negativación que ha persistido.

En cuanto a la reacción de las globulinas, según la opinión de Nonne, se observa la vuelta a la normal o casi por medio de la malarioterapia. La linfocitosis y la fórmula citológica nutren una recrudescencia durante los accesos febriles, pero disminuyen en los días siguientes. H. Claude en sus observaciones publicadas en asocio de R. Targowla, en 1925, anota un hecho semejante, pero según ellos nunca se ha visto la linfocitosis volver al estado normal. Tal es la opinión de Leredde y de Laignel-Lavastine. A. Marie es un poco más absoluto a este respecto, parece que según su opinión, la albuminosis raquidiana y las globulinas son muy favorablemente modifi-

cadadas o atenuadas por el tratamiento, lo mismo que la linfocitosis y la reacción coloidal, las cuales ha visto negativarse, algunas de ellas de manera definitiva.

*Manera como obra la malarioterapia.* En la actualidad nada ha logrado saberse por los experimentadores sobre la manera como la malarioterapia, tratamiento puramente emfírico, obra en el proceso paralítico. A. Marie, en una exposición al respecto hecha en la Sociedad de Sifilografía y Dermatología de París, en 1926, plantea esta cuestión, sobre la cual hace apenas suposiciones o hipótesis.

Algunos autores como Jahnel, Weichbrodt y la Escuela Italiana, creen que obra únicamente por la hiperpirexia; tal es también el pensamiento del profesor Jauregg. Así parecen demostrarlo los beneficios obtenidos por la piretoterapia en general, y su acción no es diferente de la que se puede obtener por los procedimientos generales de *chocs*: proteinoterapia, vacunas diversas, tuberculina, nucleinato de soda etc. Esta hipótesis ha sido sugerida por Scherber, el cual para demostrar los buenos efectos del novarsenol en el tratamiento de la sífilis nerviosa, ha admitido que al lado de la acción específica del medicamento se encuentra una acción *chocal* beneficiosa, que coadyuva al buen resultado.

Experimentalmente está probado que la hipertermia por sí sola puede impedir la floración del treponema, paralizar sus movimientos y su pululación. A. Marie ha probado que colocando en la estufa a 41° centígrados durante media hora a los animales en experiencia se hace imposible la inoculación del treponema. En los monos afectados de infecciones febriles, Levaditi ha observado la imposibilidad de esta inoculación. Se ha visto que la acción de los *chocs* por sí sola obra aumentando la resistencia general del individuo para las infecciones; las experiencias hechas en conejos intoxicados por el óxido de plomo por Kauders y Stranski así lo demuestran.

El tratamiento malarioterápico obra por la hiperleucocitosis?

Es sabido que durante la infección malárica, los leucocitos aumentan de número de una manera considerable, su movilidad es benéficamente influenciada, como se desprende de las observaciones de Spillemeier, Pilez, Steiner y Weygandt etc. Sería esto una aplicación de la hermosa doctrina de Metchnikoff, según la cual los leucocitos por su poder fagocitario atacarían los treponemas y los destruirían, mediante el doble mecanismo de la hipertermia, que paralizaría el espiroqueta pálido y aumentaría el poder agresivo, electivo del leucocito, y de la leucocitosis. Esta teoría ha sido admitida como cierta por Pilez, Donath, Fischer, Plaut, Steiner y Weygandt, cita-

dos por A. Marie. Además, este último autor ha comprobado que las infecciones acompañadas de una leucopenia, como la fiebre tifoidea, no modifican favorablemente la marcha de la parálisis general.

Hay un antagonismo microbiano directo entre el hemozoario y el espiroqueta?

Mattauschek ha sostenido esta teoría tendiendo a demostrar su veracidad. Según él, la coexistencia del espiroqueta con el plasmodium trae en aquél perturbaciones que terminan en su más fácil fagocitosis.

Otros autores partiendo del principio de la mayor permeabilidad meníngea, observada en los parálisis por Pöetzl, creen que la malarioterapia obra disminuyendo esta permeabilidad, con lo cual se lograría contener el paso de la sangre al líquido cefalo-raquídeo y al tejido nervioso de sustancias albuminoideas, verdaderos *catalizadores* de las toxinas sifilíticas y de los treponemas, que ayudarían a éstos en la destrucción de las células nerviosas.

Altzeimer, Stoeler, Lhermitte etc., admiten la existencia de lesiones diversas en la corteza cerebral de los parálisis, algunas de ellas modificables por la acción de la piretoterapia, con la cual se conseguiría mejorar o hacer desaparecer toda una serie de ideas delirantes, de desórdenes de la memoria y del sentido moral.

En definitiva; se ha observado el resultado altamente benéfico que produce la malarioterapia en la parálisis general progresiva; pero aún permanece en la más completa obscuridad el mecanismo íntimo de acción tanto de este tratamiento, como de las diversas piretoterapias, albuminoterapias etc.

*Evolución espontánea del paludismo y de la parálisis general.* Muy pocos autores que sepamos han hablado o escrito sobre un hecho que no deja de llamar la atención del experimentador; es la evolución normal de una parálisis general simultáneamente con un paludismo. Sézary y Barbé han citado tres casos de parálisis generales palúdicos; Stone, Bunke y Kirby citan hechos semejantes. Por nuestra parte, como atrás lo dejamos consignado, un 43% de los casos que nos ha sido dable observar en el Manicomio del Departamento, de parálisis generales, presentaban síntomas claros de una evolución aguda o crónica de un paludismo. La gran mayoría de los casos con comprobación microscópica.

Este hecho nos impone la meditación de las dos cuestiones siguientes:

a) Tiene el paludismo espontáneo una acción preventiva contra la parálisis general? O de otra manera, el desarrollo del paludismo en un sifilítico pone a éste último al abrigo de

la enfermedad de Bayle, contorne con la opinión sostenida por Pilez y Mattauschek?

En contra de esta opinión podemos oponer nuestras observaciones Nos. 1, 2, 3, 6, 9, 15, 17, 18, 21, 22, entre las que insertamos en este estudio; además de las que por consideraciones especiales no hemos dado a la publicidad. Por todo consideramos que en un 40% de casos, según nuestra estadística, se opone a la aseveración de los autores antes citados.

Hay alguna discordancia entre el tratamiento malarioterápico espontáneo y la paludisación experimental?

De las 31 observaciones que presentamos en este estudio 10 de ellas aparecen como pertenecientes a individuos en los cuales su parálisis general evoluciona al lado de un paludismo, sin que la más leve modificación favorable se hubiera observado en esta evolución. Además, de nuestra estadística se desprende que la mayoría de los paráliticos en nuestro medio corresponden al gremio de campesinos, en los cuales el paludismo es más frecuente, que en la población urbana. Por otra parte, dado caso que el paludismo provincial, como Mattauschek y Pilez lo han supuesto, el florecimiento del treponema, cómo se explicaría que en nuestros puertos más azotados por la malaria sea en donde el porcentaje de sífilíticos es más elevado?

Es de observación corriente en nuestro Asilo, que el mayor número de parasifilíticos y psicosis específicas corresponden a individuos pertenecientes a regiones en exceso palúdicas. También las estadísticas de los hospitales están de acuerdo para reconocer el aumento del mal sífilítico entre nosotros. No hay médico que haya ejercido en regiones palúdicas que no haya visto formas de sífilis floridas o nerviosas en individuos palúdicos. Esto no debería tener lugar si el paludismo, endémico entre nosotros, se opusiera a la germinación del espiroqueta. Autores como Marcel Pinard, Sabouraud y Gougerot, defienden esta manera de pensar; pero no obstante en la Escuela de Viena se ha verificado la paludisación de numerosos sífilíticos para prevenirlos contra la localización nerviosa del treponema. Creemos que no haya ninguna razón científica que autorice esta práctica.

En cuanto a la segunda cuestión, de la discordancia entre la malarioterapia y la paludisación experimental, parece, según se desprende de nuestros resultados, que deba existir esta discordancia. Porque cómo es que en el 40% de los casos que hemos observado de una paludisación espontánea, nuestros paráliticos no se hayan beneficiado de esta forma de tratamiento? Quizás el hecho se deba a una adaptación del espiroqueta de la sífilis respecto al hematozoario o a los anticuer.



## DEFINICION

Con la gran mayoría de los autores modernos, puede definirse la Parálisis general progresiva como una enfermedad toxi—infecciosa, debida a la localización del treponema pálido en la corteza cerebral; caracterizada anatómicamente por una meningo encefalitis difusa, *progresiva y mortal*, con lesiones accesorias de todo el sistema nervioso; y clínicamente: por un debilitamiento global y progresivo de las funciones psíquicas, por perturbaciones motoras, desórdenes del lenguaje, síntomas oculares a base de oftalmoplegia interna etc., y por modificaciones químicas, citológicas y biológicas del líquido Céfalorraquídeo.

Esta definición que refina en un solo haz las ideas de Régis y R. Charpentier, Levy-Valensi y Ramond es la mejor de cuántas han sido dadas, por múltiples circunstancias: Define de manera clara y precisa la naturaleza sífilítica de la afección, es decir, su etiología, esboza sus caracteres anatomo-patológicos, su sintomatología neuro-psíquica y su progresión fatal, confirmando por las más recientes adquisiciones del tratamiento.

En la actualidad la noción del tratamiento de la parálisis general está todavía en el tapete de la discusión. La quimioterapia, el aislamiento, la malarioterapia y en general la pireto-terapia a pesar de las estadísticas de algunos autores, no han resuelto el problema, delicado por demás, de la curación radical o definitiva de la enfermedad de Bayle. La incógnita permanece aún sin despejarse. La marcha progresiva de la parálisis general no ha sufrido modificaciones de ninguna clase; su tratamiento, al menos hasta ahora, ha resultado en la mayoría de las veces incapaz de contener la marcha de la enfermedad.

## HISTORIA

Con Dupré, la evolución histórica de la parálisis general puede dividirse en cuatro períodos:

a) El período clínico o nosográfico, en el cual los psiquiatras desde Joubert de Mompellier (en 1644), y muchos años después Pinel, Esquirol, Bayle, y toda la generación de psiquiatras desde 1800 hasta 1850 entreven sus síntomas, y los clasifican bajo denominaciones diversas; es delineado su cuadro clínico, uno e inconfundible por Bayle; y se forman escuelas que defienden e impugnan esta unidad, se aportan datos nuevos a la discusión por autoridades como Parchappe, J. Falret y Baillarger

b) Un segundo período al que Rokitsanski llama anatomo-patológico, en el cual se precisan las grandes lesiones macros:

pos creados por la infección malárica, mediante la cual pueda el treponema invadir el organismo y localizarse en los centros nerviosos. Pero entonces el pretendido antagonismo microbiano entre el hematozoario y el treponema, defendido por Pilez, carece de comprobación.

\*

Existe un hecho de gran interés práctico para nosotros: es la dificultad que hemos observado para obtener el paludismo experimental. En nuestra técnica hemos seguido siempre la aconsejada por H. Claude y Targowla, sin que hayamos obtenido éxito en nuestras inoculaciones. Sólomente en dos de esos casos se ha logrado obtener uno o dos accesos palúdicos francos, los cuales no se repitieron, sin que existiera causa alguna que pudiera explicar su desaparición. Sabemos que un hecho semejante ha observado el Dr. G. Uribe Escobar en uno de sus tabéticos.

Cómo puede explicarse este hecho?

Quizá sea debido a un proceso de inmunidad adquirida o heredada. Es cosa sabida que entre nosotros la gran mayoría es o ha sido palúdica, y es muy probable que la formación de anticuerpos específicos o de grupo creen este estado de inmunidad, oponiéndose así a la germinación de una nueva infección. Bunker, en su comunicación a la Academia de Medicina de Nueva York, apunta el hecho de la imposibilidad de hacer germinar la infección malárica en paralíticos de raza negra.

Este hecho merece estudio por parte de nuestros médicos y esperamos que una respuesta satisfactoria a estas cuestiones sea dada en un plazo no lejano. Como lo dijimos al principio de este capítulo, no nos oponemos a aceptar los buenos resultados que los experimentadores han logrado con el tratamiento malarioterápico; lo consideramos el tratamiento de elección en esta enfermedad. Únicamente anotamos hechos de práctica, establecemos cuestiones cuya solución hoy por hoy no sabemos dar, la cual esperamos de experimentadores más autorizados.

Nuestros resultados terapéuticos en la enfermedad de Bayle por medio de la malarioterapia, lo confesamos honradamente, han sido siempre nulos; nunca en ningún caso hemos visto contenerse la evolución de esta enfermedad, ni retroceder ninguno de sus síntomas mentales, físicos o humorales.

En cuanto al valor de los resultados que con esta terapéutica se han obtenido, nada en concreto puede afirmarse. Según H. Claude, «ni tan siquiera las remisiones más demostrativas deben ser consideradas como una curación. Los sig.

nos físicos y las reacciones humorales persisten, conservando siempre un tipo paralítico. La evolución de la meningoencefalitis no es contenida. No están al abrigo de un retorno de la demencia, siendo indispensable una vigilancia médica constante y un tratamiento continuado».

### TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA PARALISIS GENERAL.

El tratamiento preventivo de la parálisis general sufre iguales consideraciones que el tratamiento preventivo de la sífilis, su infección causal. Sézary lo ha consagrado con la fórmula siguiente: «el porvenir del sífilítico se define desde el período secundario».

Según lo hemos visto el treponema en el período secundario ataca todas las vísceras y se localiza especialmente en aquellas cuya constitución físico-química se opone menos a su pululación. Tal acontece para el cerebro. Hemos visto también que la acción proteolítica del tejido nervioso se opone a la pululación del treponema; pero esta acción es incapaz por sí sola de poner a raya la infección, no impidiendo una adaptación microbiológica lenta del espiroqueta en los centros nerviosos. De aquí la aparición tan poco precoz en la mayoría de los casos, de los primeros fenómenos paralíticos.

Los trabajos de Borrel, Guillain y Laroche, H. Vincent, Roux, Gley y Physalix, por la inoculación intracerebral de diversas toxinas (tetánica, diftérica, tífica, suero de anguilla, veneno de serpiente etc.) en individuos inmunizados contra ellas, han probado que el cerebro constituye un territorio aparte en el organismo, fuera de las leyes generales de la inmunidad. Sézary ha adoptado esta manera de pensar con respecto al treponema y a sus toxinas. Los estudios anatomopatológicos y bacteriológicos han comprobado según él, que la sífilis produce en los centros nerviosos, en animales sífilizados e inmunizados, lesiones que sería imposible obtener en un órgano cualquiera en igualdad de condiciones.

Los trabajos de Ravaut, Vidat y Sicard sobre la leucocitosis céfalo-raquídiana, son una evidente comprobación del ataque precoz del treponema sobre los centros nerviosos. No obstante Lacapère opina que esta leucocitosis del período secundario es únicamente la manifestación reaccional general del organismo contra la invasión treponémica.

Sea lo que sea, en innumerosos casos el líquido céfalo-raquídeo es patológico desde el período secundario o desde el fin de este período. De aquí se deduce la necesidad de un tratamiento preventivo, enérgico y sostenido de la sífilis nervio-

sa. Este tratamiento será el que aconsejan en la actualidad Gougerot, Ravaut y Hudelo, o el que ha sido preconizado por Leredde desde 1917.

En todo caso lo importante es seguir por medio de las punciones lumbares después de la negativación de las reacciones serológicas, el estado del líquido céfalo-raquídeo, como lo aconsejan Jeanselme, Hudelo, Leredde y Chevallier. Nunca se habrá insistido demasiado respecto a los males que un tratamiento insuficiente trae consigo, que destruyendo los anticuerpos y las defensas naturales del organismo, pone a este a merced del treponema. Cabe aquí, en toda su rigurosa aceptación el aforismo de Hipócrates: «primum non nosere».



# Aspecto Médico-legal

## DE LA PARALISIS GENERAL

Llamado también período pre-paralítico por Régis, período pre-delirante por Cristian, o mas simplemente período pre-clínico, fue estudiado por Legrand du Saulle con el nombre de período médico-legal.

Mucho se ha escrito sobre esta materia y los distintos congresos de Medicina Legal y Mental han planteado con acierto este estudio de la enfermedad de Bayle, especialmente por su aspecto sociológico. Entre nosotros estos estudios apenas empiezan a hacerse sentir en nuestros tribunales sin haber sentado todavía un cánón de doctrina; en nuestra legislación penal o civil sólo los estados demenciales son considerados como verdaderas enajenaciones mentales. Por lo tanto no preteudemos sentar doctrinas dado lo reducido de nuestras observaciones, y porque ella está en el espíritu de todos los jueces ilustrados; solamente apuntamos hechos que pueden servir de base para estudios ulteriores.

Por los caracteres mismos de la demencia, puede concluirse sobre la clase de delitos que son ordinariamente cometidos por los paralíticos generales. Siendo progresiva y global desde un principio, se hace notar por lo que Dupré ha llamado la ataxia intrapsíquica de las operaciones mentales. Parece que las células o grupos celulares, durante este período pre-clínico puedan todavía elaborar ideas, pero estos grupos celulares trabajan en completa disarmonía psíquica, sin lazo ninguno entre sí que pueda complementarlas o modificarlas. Estas ideas se exteriorizan por actos que llevan también ese sello atáxico, ejecutados sin control, por la pérdida de la autocrítica o facultad del individuo para juzgarse a sí mismo y a sus actos.

Estos actos del período prodrómico caen muchas veces bajo la acción de la ley, cuando nada hace pensar en la existencia de esta enfermedad, en individuos hásta ese día sanos en apariencia, pero en realidad portadores de una demencia pa-

ralfática desde hacía tiempo. Así, un empleado de Banco es detenido en un tranvía por rehusar el pago de su puesto, enviado a un médico legista se le encuentra afectado de parálisis general avanzada; este enfermo hasta ese día trabajaba con absoluta corrección y desempeñaba su empleo sin que sus jefes de oficina se dieran cuenta de su profunda demencia. Un enfermo nuestro (observación N<sup>o</sup> 16) que ha pasado como un hombre sano mentalmente y que desempeñaba su profesión satisfactoriamente, es detenido por la policía porque pretendía pagar en los almacenes y en los tranvías con tapas de botellas de cerveza. Otro caso relatado por R. Charpentier, concierne a un conductor de trenes, que olvida su empleo en una estación y se dirige a cuidar y a regar un rosal que en aquel lugar tenía.

Los más comunes entre los delitos cometidos por estos enfermos son: el robo, los abusos de confianza, las estafas y falsificaciones, la vagancia, los ultrajes públicos al pudor, los atentados a las costumbres, los homicidios voluntarios, las violencias, las rebeliones, los suicidios y los incendios.

Dubuisson y Vigouroux, en una estadística de sesenta y seis paráliticos condenados en los tribunales por delitos comunes, encuentran un alto porcentaje para el delito de robo en la vía pública o a campo descubierto. Al delito de robo sigue como frecuencia la vagancia y los ultrajes públicos al pudor especialmente entre las mujeres. Hay que observar que todos los tratadistas traen menor el número de mujeres delincuentes que el de hombres; esto se debe a que la enfermedad es menos común en la mujer, y a que en ella se presenta casi siempre bajo la forma demencial pura, sin delirio asociado.

Magnan y Sérieux, en una estadística encuentran setenta y cinco paráliticos generales condenados en los tribunales por delitos diversos faltos de un reconocimiento de su estado mental. R. Charpentier, en el personal de alienados delincuentes en el Asilo de Santa Ana, encuentra ciento veinticuatro casos que han sufrido la intervención judicial, la inmensa mayoría condenados por robo.

El delito de *robo* o de *hurto* reviste en el parálitico general caracteres especiales, debido a su debilitamiento mental. Ejecutan su delito las más de las veces a campo descubierto, sin tomar por su parte ninguna precaución para evitar ser sorprendidos, roban frecuentemente objetos sin utilidad, de escaso valor, no denotan ninguna manifestación intelectual en la combinación de su plan, ni en la comisión de su atentado; sin preocuparse del peligro que corren hacen su falta en presencia del mundo, aun del mismo dueño, sin sorprenderse por la detención, la cual no evitan, atentos sólo a la

satisfacción de sus deseos. Nuestro enfermo R. T. (observación N<sup>o</sup> 19) fue cogido en infraganti delito cuando se disponía a ejecutar un robo en una casa de la mayor honorabilidad. Llevado ante el Inspector correspondiente no da razón justificativa de su acto delictuoso, no recuerda ningún detalle, se deja sorprender de la policía tontamente, revelando una notable estupidez, y a un examen médico se le diagnostica una confusión mental. Posteriormente este enfermo fue llevado al Manicomio del Departamento, en donde se le hace el diagnóstico de una parálisis general de forma confusional. M. A. G. (observación N<sup>o</sup> 8) cuando fue traído al Asilo se le adelantaba un sumario por delito de robo.

Algunos autores explican estos robos como debidos a un egocentrismo, o a la hipertrofia del yo del paralítico general en su forma expansiva; pero otros autores entre los cuales pueden citarse a Ballet, Régis, Charpentier, Joffroy etc., explican este delito por la falta de autocritica, o por la perversión del sentido moral. Un enfermo de Magnan roba un tonel de vino en una tienda y suplica a un agente de policía le ayude a llevarlo.

Es muy común en estos enfermos de Bayle, la confesión del delito que han cometido, en presencia del Juez, lo cual se toma no como un acto morboso en sí mismo, sino como una manifestación del cinismo del delincuente. Un enfermo de Régis cogido infraganti es condenado por el robo de un corset previa confesión de su delito; al salir de la prisión no tiene otro pensamiento que volver a aquel almacén para robar de nuevo el objeto de sus deseos; son actos sin objeto, sin excusa, de ordinario debidos a un estado delirante de sistematización.

Como ya lo hemos dicho atrás, las ideas delirantes que predominan en las diferentes fases de la enfermedad imprimen su sello a estas faltas. Así mismo, la excitación genésica muy común en el período de principio, trae consigo la comisión de delitos contra el pudor, contra la moralidad y las buenas costumbres, y actos de fuerza y violencia. La excitación psicomotriz en las formas expansivas o de dinamia funcional de Régis, con su hiperfuncionamiento físico y psíquico de los procesos intelectuales y afectivos, precursores de la demencia, pueden arrastrar a los paralíticos a la ejecución de actos, punibles entre los cuales son más comunes las estafas, las violencias y los homicidios, o las tentativas homicidas.

En estos casos de homicidios o de asesinatos, el paralítico obra demencialmente, puede matar en un raptus colérico o bajo la influencia de una idea delirante, frecuentes en el principio de la enfermedad, pero casi nunca es capaz de combinar, madurar y meditar un crimen; usan siempre medios infantiles

y en la ejecución de sus planes dan las más bellas notas de estulticia, lo cual da al traste con sus intenciones enfermizas. Un enfermo de Dubuisson y Viguroux, al volver a casa cuenta a su mujer que ha descubierto el medio más seguro para hacerse a fortuna: un médico ha cuidado a su hija para una angina, de la cual ha muerto, luego concluye el enfermo, el médico es quien la ha matado. Irá a él y le hará pagar cinco mil francos como indemnización o lo matará; se arma y va al agente de policía del barrio para indagar la dirección del médico, le cuenta su plan y es enviado acto seguido a un Asilo de alienados. Es tan característico esto en los demenciales paralíticos, que muchas veces con oír el relato de un suceso de este jaez puede el experto hacer su diagnóstico.

Los delitos o crímenes cometidos durante un hiatus mnésico no dejan de ser frecuentes en esta clase de alienados. Nuestro enfermo A. V. (observación N° 6) encuentra en un baño público a un agente de policía y sin motivo alguno le da muerte por la espalda; llevado ante los tribunales se le considera irresponsable por su notorio estado demencial. También hemos visto atrás que estas tentativas criminosas se hacen bajo la influencia de una idea delirante de sistematización; así, el enfermo de la observación N° 12 poseído de un delirio altruista, reivindicatorio, pretende matar a sus compañeros de Asilo, pretextando ser una carga gravosa para el Estado, golpea a un enfermero produciéndole serias contusiones craneales y lo acusa de robarle al erario público.

Estos atentados semejan por su carácter impulsivo a los raptus epilépticos. Un enfermo B. recluido en un Asilo, mata a un enfermero en un momento de cólera, se lanza sobre él, lo ase por el cuello y lo estrangula; al interrogársele confiesa su delito y dice que lo hizo por defenderse, que será condecorado por este acto de valor. Lépine, cita el caso de un enfermo que al volverse impotente, fue atacado de un verdadero delirio celoso y mata a un amigo, a quién acusaba de haberle robado sus testículos, con los cuales, decía el enfermo realizaba proezas inverosímiles. Casos como éste solo se encuentran en los estados de demencia paralítica cuando la enfermedad tipo se asocia con un estado delirante de sistematización.

En casos como los que dejamos citados la irresponsabilidad no puede ser puesta en duda, pero la falta de un reconocimiento de las facultades mentales en muchos procesados cogidos en flagrante delito, ha sido y es la causa de muchas actuaciones judiciales injustas.

Como se ve, todos estos actos llevan en sí el carácter de lo absurdo, de lo infantil, de lo demencial que les es peculiar. Maxwell, eminente jurista y médico ha llamado la atención a



juces y a magistrados, respecto a sus fallos en ciertos delitos que por su impropiedad en la ejecución, los móviles etc. revelan un estado demencial. «La parálisis general, dice, debe ser sospechada toda vez que los magistrados se hallen en presencia de un inculpado, que ha permanecido honrado hasta su edad madura, cuyo delito presenta un carácter más o menos absurdo e infantil, que permanece indiferente ante su situación y que padece de amnesia».

La *vagancia* se encuentra en el período de estado de la afección. de ordinario se debe a perturbaciones mnésicas, que llevan al individuo a fugas más o menos frecuentes, sin que el enfermo recuerde el lugar de su domicilio, ni los puntos que han sido para él comunes para su trabajo o recreo. Estos estados comunes en el período demencial son debidos de ordinario a un ictus mnésico. A un enfermo (observación N° 30) al ir de su casa a su oficina de trabajo, le dá un ictus de esta naturaleza, y vaga por los campos cercanos sin poder encontrar su domicilio ni su oficina; después de diez horas se le encuentra y no sabe lo que le ha pasado.

El *vandalismo* es poco frecuente entre los paralíticos generales, porque la meditación de sus planes y la ejecución de sus actos, son en ellos casi imposibles, si se tiene en cuenta sus fenómenos demenciales, sus perturbaciones de la memoria y la falta de un razonamiento juicioso. Hasta ahora no sabemos de ningún caso de esta naturaleza que se haya presentado entre nosotros.

Aunque poco frecuentes los *suicidios* en paralíticos generales, algunos casos han sido relatados; así, uno pretende suspenderse, pasa la cuerda al rededor de su cuello y la asegura en un poste, en esta actitud espera pacientemente su trágico fin; pero, por sus fenómenos mnésicos, olvida correr la silla en la cual permanece de pies. Otro quiere suicidarse por la inhalación de gas carbónico: abre la llave del gas de alumbrado, pero acto seguido corre a la ventana a recibir el aire exterior porque tose y esto le fastidia. Un tercero que desca poner fin a sus días por medio de la sumersión, al penetrar en el agua recuerda que sufre de reumatismo, y sale de ella temeroso de haber cometido un atentado contra su salud.

La *bigamia* no es excepcional. Desvinculados por completo los enfermos de Bayle de toda conveniencia social, por la pérdida del sentido moral, pueden llegar hasta un olvido completo de sus deberes conyugales. Los casos de doble matrimonio de los paralíticos, a consecuencia de su estado demencial y de su exuberancia genésica, no son raros; Legrand du Saulle cita varios casos al respecto.

La *nintomanía* y el *exhibicionismo* encuadran muchas ve-

ces en esta forma de delitos, ya sea por deseo, ya por olvido; algunos enfermos al decir de Lévi-Valensi, al salir de un orinal olvidan que todo queda en su puesto.

En la ejecución de estos ultrajes a las costumbres y al pudor escogen los sitios mas frecuentados, como si quisieran, dice Vigouroux, dar publicidad a su delito. Hacen prácticas de onanismo, se exhiben desnudos en las plazas, para que les admiren sus formas, o persiguen una amante imaginaria en la persona de cualquier mujer, a la que golpean si se resiste. En lo que respecta a estos atentados o ultrajes a las costumbres y al pudor es muy interesante la observación que publicamos a continuación.

#### OBSERVACION N° 28

E. R. de Medellín, de 46 años de edad, blanca, soltera, oficios domésticos. Entra al Asilo el 15 de Mayo de 1927.

*Antecedentes hereditarios.* Se ignoran.

“ *personales.* Sífilis; ha tenido varios abortos; es una mujer pública. Hace siete meses empezaron sus perturbaciones con cambio de carácter, entorpecimiento mental, amnesia y raptus curiosos. Presenta una verdadera anestesia del sentido moral; exhibicionista, se sale a la vía pública completamente desnuda, se tiende en el suelo, provocando a los que pasan con gestos y palabras para que la posean; ha tratado de ejercer actos de fuerza y violencia contra algunos niños y con sus compañeras.

Estos actos han dado lugar a la intervención de la policía y al consiguiente internamiento de urgencia.

*Examen físico.* Disartria, temblor, signos oculares paráliticos, Argyll-Robertson positivo, anisocoria, marcha dudosa un tanto incordinada, ictus apopléticos repetidos.

*Examen psíquico.* Ideas delirantes de megalomanía, se cree hermosa, joven y rica; incoherencia en sus ideas, notable debilitamiento intelectual, demencia avanzada, amnesia global y completa. Tiene periodos de excitación psicomotriz con todas sus reacciones.

Wassermann en la sangre..+ + +

Líquido céfalo-raquídeo:

Albúmina.....0,70 grms. por mil

Pleocitosis.....7 elementos celulares por m. m. cub.

Linfocitosis.....100%

Tensión.....1° 41 y 2° 28 al H. Claude.

Reacción de Wassermann+ + + positiva hasta con 0,1 de c. c.

“ “ Weichbrodt...+ +

- „ „ Nonne..... + +  
 „ „ Noguchi..... + +  
 „ „ Guillain..... 2-2-2-2-1-0.

La enfermedad sigue su marcha progresiva y global hasta que después de una depresión que la redujo a su lecho, muere en el estado de marasmo paralítico más acentuado.

Los casos de *incendio* que se han publicado llevan en sí mismos un carácter demencial que les concede notoria irresponsabilidad a sus ejecutores. El caso publicado por R. Charpentier es característico: un enfermo que quiere hacer por sí mismo sus alimentos, pone en un plato huevos y petróleo para freírlos, con lo cual da lugar a un principio de incendio, con peligro para sí y para los que con él viven.

Evidente por demás es la responsabilidad que pesa sobre los conductores de trenes y de automotores; muchos casos han sido publicados de desastres en los cuales la demencia paralítica de estos empleados del servicio público era notoria.

Para nuestras nacientes empresas ferroviarias o automovilarias, debe la autoridad exigir en la patente de servicio la comprobación por un médico especialista de que el candidato a conductor no sufre perturbación mental ninguna, especialmente la demencia paralítica. Siendo esta afección muy poco o nada conocida de nuestro público en sus primeras manifestaciones y de consecuencias tan graves, es de esperarse que las autoridades se penetren de su significación social y exijan a los conductores el examen mental.

El Dr. Pacted ha presentado a la sociedad médico psicológica de París, (25 de Mayo de 1925) una documentada exposición al respecto. En lo que concierne a los empleados de ferrocarril ha expresado las normas siguientes: 1º los conductores de trenes serán examinados una vez al año, para comprobar que no padecen ningún desorden mental; 2º es conveniente que este examen sea practicado por médicos de la mayor competencia, para reconocer la epilepsia, y en particular la parálisis general desde sus primeras manifestaciones; 3º conviene llamar la atención a los ingenieros y jefes de servicio, sobre la importancia de las perturbaciones del carácter y de la inteligencia, actitudes extravagantes, que sobrevengan en los empleados de los servicios de seguridad, y la necesidad de señalarlos, a fin de que sean sometidos a un examen médico. La temporización en estos casos puede constituir un peligro serio; 4º los agentes de tracción, serán sometidos con intervalos variables a un examen desde el punto de vista de la agudeza visual. Los que presenten desordenes de los reflejos pupila- res, serán sometidos al examen mental por el médico encarga-

cópicas, ya estudiadas por Bayle y Calmeil, de la aracnitis crónica o periencefalo—meningitis crónica difusa; se estudia la evolución de estas lesiones por Magnan, Rokitanski, Wesphall, Mendel, Kricton—Brown, Touczek, etc. y entre los más modernos, por Klipel, Ballet, Monet, Raymond, Joffroy, Binswanger, Régis, Lépine, Lermite, y muchos más.

c) Un tercer período etiológico, en el cual desde 1857 Es-marche, Jessen, Kjellberg de Upsal, Jespersen de Copenagae, Fournier, Ritti, Cristian, Nonne, Morel-Lavallée y Bélières, y entre los más modernos Régis, Noguchi, Levaditi y Marie, Sicard, Fournier, Schwartz, Klaremebeck etc procuran demostrar y llegan a hacer o, la verdadera causa de la enfermedad de Bayle, el treponema de la sífilis

d) Un período patogénico moderno, campo en el cual se libran hermosas batallas científicas, que aún no han traído un acuerdo perfecto entre los biólogos; se esfuerzan los autores por determinar el verdadero mecanismo de acción de la causa generadora de la parálisis general, se aíslan cuadros que no corresponden a la vieja descripción, llamados por Baillarger con el nombre de pseudo-parálisis generales; y en fin, se dividen las diversas tendencias entre los que sostienen la preponderancia del *grano*, y los que hacen del *terreno* el factor casi único, y que explica bien la causa íntima de la afección. Entre éstos sobresalen los nombres de Baillarger, Magnan, Fournier, Régis, Joffroy, Arnaud, Pactec, Levaditi, Marie, Clovis Vincent, Sézary, Sicard, Ravaut y muchos más, como también Gaumbolt y Ricke.

La gran importancia que tienen en la actualidad las modernas adquisiciones del laboratorio, para el diagnóstico y la dirección del tratamiento, desde el descubrimiento del Bordet—Wassermann y los trabajos de Vidal, Sicard y Ravaut en 1900, sobre la pleocitosis céfalo-raquidiana, ha formado una época en el estudio de esta afección, a la cual puede dársele con justicia el nombre de *período del bio-diagnóstico*.

En la historia de la medicina hasta Pinel, se encuentran datos referentes al estudio de algunos de los principales síntomas de la enfermedad de Bayle. Así, *Joubert de Montpellier*, en su célebre memoria sobre la "*Parálisis explicada por la Medicina y la Astrología*", publicada en 1644, habla de la dificultad de los movimientos de la lengua en luna llena, en algunos dementes.

Guillaume Musgrave, discípulo de Sydenham, en su libro publicado en 1736, titulado "*De arthritide anomala, sive interna Dissertatio*", dice que la parálisis está con frecuencia precedida de demencia, obnubilación mental, tristeza y alienación de espíritu.

do».

Dupuy y Schiff en esta misma sesión, presentan un conductor de taxi, atacado de parálisis general desde hacía dieciocho meses; este hombre conducía su aparato hasta cinco semanas antes de su internamiento, y había causado varios accidentes en el transcurso de la evolución de su enfermedad. En Buenos Aires el Dr. Ameghino, en una estadística que publica en la revista Médico psiquiátrica, en sesenta y ocho enajenados conductores de taxi, encuentra treinta y ocho paralíticos generales.

*Capacidad civil.* La demencia paralítica es sin duda una de las enfermedades que más tiene que ver con los procedimientos civiles, aun más que con los tribunales criminales. La pérdida completa de la voluntad, el debilitamiento intelectual, la pérdida de la autocrítica, la amnesia, hacen del paralítico general una presa fácil para toda suerte de estafas, suplantación de derechos, falsificaciones de documentos públicos etc. De aquí que la sociedad por medio de sus leyes haya, en defensa de los intereses de estos enfermos, a dictado medidas para la seguridad de sus bienes y los ajenos.

Por la forma misma insidiosa de la enfermedad, por su delirio de manifestaciones tan variadas, los peligros a que de continuo se ve expuesto el paralítico son muy grandes. En la forma delirante megalomaniaca, por ejemplo, cuando las facultades del individuo están aparentemente sanas y aun aumentadas, es muy común que el enfermo emprenda negocios a veces trascendentales, espoleados por su misma suficiencia personal. En estos casos, los mismos negocios y la capacidad de trabajo de los enfermos, atribuida por los que lo rodean a su *excelente salud*, se marca un período de la enfermedad, que para un médico experimentado no puede pasar desapercibido, precisamente cuando el enfermo se encuentra en la pendiente misma de su demencia.

En los primeros estados el reconocimiento de estos enfermos es muy difícil, y sólo cuando la enfermedad ha progresado, cuando los errores en los negocios son muy claros, por sus fenómenos mnésicos, por sus errores de cálculo, es cuando la familia recurre al especialista para su consejo y cuidado. En estas circunstancias el paralítico general se hace incapaz o inhábil para el desempeño de su profesión o para la dirección de sus negocios. Se precisa en este caso la decisión de los tribunales por la cual se establece a petición de personas interesadas la interdicción judicial del enfermo.

La observación que publicamos a continuación es muy demostrativa de esta pérdida del control para la dirección de los negocios por el avance rápido de una demencia paralítica.

## OBSERVACION N° 29

X. Z. 58 años de edad, blanco, casado, financista, de Medellín, *Antecedentes hereditarios*. Sin importancia.

*personales*. Ha sido un hombre de una cultura intelectual exquisita, que ha desempeñado puestos salientes en la administración y en el comercio del país. Su honradez y honorabilidad eran citadas como modelo; lo cual lo llevó al desempeño de la gerencia de una de las más importantes compañías exportadoras. Hace dos años aparecieron las primeras manifestaciones demenciales por pérdida de la memoria y de la autocritica. Empezó por sorprenderse de que cuando leía el diario, al finalizar la lectura se había escapado de su memoria el recuerdo de lo que había leído; poco después empieza una serie ininterrumpida de incorrecciones en su manejo y en sus procederés; y arriesga en el juego sumas de consideración las cuales no puede pagar, promoviendo contra él un juicio vergonzoso por este motivo grandes hebatas, durante las cuales tenía verdaderos ictus ménsicos, se perdía en las calles al volver a su casa a altas horas de la noche, alguna vez fue preciso sacarlo de una zanja a donde fue a parar en uno de estos ictus. A todo esto sucedió la quiebra de la Compañía que representaba, con el consiguiente bochornoso proceso de liquidación que le fue establecido.

*Examen psíquico*. Lo más característico en este enfermo es la demencia, la cual ha progresado con gran rapidez desde el momento de su instalación. La amnesia reviste en él las características clásicas de una amnesia paralítica; en un principio tenía una forma lacunar, hecha sobre los recuerdos más recientes y los echos más próximos pasados. No se han presentado en él, ideas delirantes de ninguna naturaleza.

*Examen físico*. Aparte de su sintomatología clásica, que es completa, se ha presentado una serie de ictus apopléticos, desde la instalación de su demencia, ictus algunos de los cuales han revestido un carácter confusional, semiconscientes, en los cuales el enfermo se da cuenta de lo que lo rodea, pero comete actos absurdos revelando una pérdida de la autocritica muy notable.

Existe una desorientación marcada en el tiempo y en el espacio; cuando se le lleva a un jardín público es preciso que alguien lo saque de allí, porque le es imposible encontrar la puerta de salida.

A pesar de este estado demencial avanzado nuestro enfermo conserva cierto automatismo, que hace simular la existencia de alguna mentalidad; sigue con interés las partidas de ajedrez que se han jugado en los últimos días, da conceptos y explica-

ciones sobre el valor de las jugadas etc.

Nuestro interés mayor al hacer conocer este caso es promover un juicio o una revaluación moral de este enfermo. En nuestro concepto las incorrecciones de su vida y las dudas que contra su honradez un día se tuvo, fueron hijas de esta misma demencia en su período de principio. Hoy este enfermo se encuentra en la más absoluta demencia, sin un rasgo que denote el más leve brillo mental; esperando su desenlace en un término no lejano.



Cole Anderson, c. d. c. v. d. Cole, of occupied  
 La. v. r. Con. ar. mas. ha. ca. en. lo. n. o. l. l. i. t. o.  
 bond. u. r. a. mi. p. a. r. t. e. i. f. c. a. s. i. m. S. m. b. i.  
 de. l. i. o. f. h. a. l. e. n. d. a. c. o. n. m. e. j. o. r. d. e. s. H. o. r. d. o. n. a. s.  
 de. s. e. r. v. i. t. o. m. e. n. t. o. c. o. n. s. i. d. e. r. a. S. o. m. b. a. c. b. i. p. e. i. n.  
 de. c. a. l. e. d. p. a. n. s. i. t. o. r. e. s. D. i. d. o. f. l. a. s. m. e. d. i. c. a. s.  
 p. l. e. s. p. i. d. e. c. a. s. o. r. e. t. u. r. a. m. e. j. o. r. c. o. m. d. e.  
 p. l. e. s. l. e. h. g. a. n. d. a. s. c. o. r. r. e. p. t. a. s. m. a. n. o. a. s.  
 p. o. r. o. m. e. a. m. o. n. s. S. a. b. i. d. e. s. a. l. a. s. m. i. c. h. a. d. a. s.  
 y. l. a. m. a. s. p. a. n. i. l. i. a. i. n. t. a. c. a. c. a. f. e. c. i. b. i. l. i. t. a. s.  
 e. n. c. o. n. d. e. c. a. m. o. n. t. e. p. a. g. g. e. n. s. o. m. i. s. i.  
 n. o. n. b. e. n. e. m. e. n. t. o. s. e. g. u. e. r. d. e. n. t. e. s. e. n. t. e. s. e. n. t. e. s.  
 S. i. m. o. n. s. p. o. r. a. m. a. s. c. a. t. a. d. e. c. i. t. e. s.

Observación No. 30.—(colección del autor)



## OBSERVACION N° 30.

N. R. de Medellín, blanco, viudo, negociante.

*Antecedentes hereditarios.* Familia psicopática.

“ *personales.* Chancero específico adquirido en 1912 para el cual se hizo un tratamiento demasiado incompleto.

Las primeras manifestaciones fueron un cambio casi total en su carácter, ictus mnésicos, y una notable pérdida de la voluntad; a estas revelaciones morbosas sucedieron fenómenos alucinatorios, que constituyeron ideas de persecución muy acentuadas; no salía a la calle por temor a un pariente que creía lo iba a asesinar. Las perturbaciones de su autocrítica dieron lugar a una suplantación de derechos, lo cual trajo consigo que se prestara a la simulación y encubrimiento de una quiebra frauduleta, de una de las firmas más fuertes entre nosotros. Esto promovió un juicio en el cual quedó muy mal parada la honradez de este enfermo. A causa de sus accesos furiosos fue internado en el Manicomio en el año de 1926.

*Examen psíquico.* Desorientación en el tiempo y en el espacio, amnesia global, debilitamiento mental acentuado, ideas de megalomanía y de posesión de riquezas, alucinaciones auditivas y visuales, desdoblamientos de la personalidad; se imagina poseer fincas tan extensas que para administrarlas es preciso usar aeroplanos y automóviles; cuenta que su hacienda del departamento de Bolívar puede engordar fácilmente cien mil novillos, que debajo de la corteza vegetal de esta hacienda tiene un filón de oro macizo de ciento treinta metros de espesor, y debajo de este filón posee un pozo de petróleo que le produce diariamente cien mil barriles de aceite; se imagina ser dueño de los principales bancos de la ciudad, de joyas de un valor incalculable. etc.

*Examen físico.* Reflejos exagerados en todas partes, temblor fibrilar, más marcado en los dedos, en los labios y en la lengua, signo de Magnan o del trombón, signo del dactilógrafo, anisocoria, signo de Argyll positivo, disartria, perturbaciones psicológicas, psicográficas, y caligráficas patognomónicas de su afección, como pueden verse en la figura correspondiente.

Las reacciones del laboratorio, tanto en el suero sanguíneo como en el líquido cefalo—raquídeo fueron intensamente positivas, como puede verse en capítulo correspondiente a este estudio. Por medio del tratamiento con la triparsamida se llegó a negativar las reacciones, lo cual hizo pensar en una retrocesión sintomática; pero en un análisis posterior pudo comprobarse que esta negatificación de las reacciones fue únicamen

te pasajera. Actualmente se trata por el procedimiento de Sicaud, Haguenau y Wallich, cuyo resultado ha sido hasta ahora un verdadero fracaso. Parece por su sintomatología mental y física que el desenlace fatal no va a hacerse esperar por muchos días.

La importancia de este caso estriba, como ha podido observarse, en el decaimiento del sentido moral y en las perturbaciones de la esfera volitiva que trajeron consigo la intervención judicial.

## PARALISIS GENERAL Y ACCIDENTES DE TRABAJO

Es cosa comprobada que la causa eficiente de la enfermedad de Bayle es la sífilis; no obstante algunos autores con Klipel han discutido los argumentos que hacen de la sífilis la causa única de esta afección. Ya atrás, en el capítulo de la etiología hemos dejado suficientemente dilucidado este problema.

Algunos autores como Raymond y Brisaud, sostienen que no hay parálisis general verdadera y progresiva que sobrevenga después de un traumatismo en individuos no específicos; Vallon y Gilbert-Ballet, Régis etc. admiten la influencia determinante de un traumatismo craneano en individuos sífilíticos y predispuestos por taras nerviosas. Para Joffroy y Mignot, la cuestión médico-legal se reduce a saber hasta donde es imputable un traumatismo craneano en la génesis de los síntomas paralíticos o su agravación.

Ante todo hay que tener en cuenta que este no sea un fenómeno de la misma enfermedad, lo cual puede ocurrir frecuentemente, o como dice Charpentier, ser una consecuencia de la inhabilidad profesional creada en el individuo por la parálisis general misma. No hay que perder de vista la influencia preponderante que desempeña el terreno en la génesis de esta cuestión. El profesor Leroy afirma para explicar la acción del traumatismo, que en la etiología de la enfermedad de Bayle hay otro factor además de la sífilis, factor desconocido por nosotros hasta ahora, que no parece ser otro que la facultad de reacción propia del organismo para un agente morboso cualquiera.

Adoptando la idea de Régis, de que los traumatismos obran en último término como autointoxicaciones, el papel que desempeñan estos en la génesis de la parálisis general, son idénticos a los de cualquiera otra causa predisponente. No es posible admitir por lo tanto una parálisis general verdadera generada por un traumatismo; puede en algunos casos pro-

ducirse síndromes confusionales, con fenómenos mnésicos e ideas delirantes, que pueden acercarse a formas de parálisis general, pero que no son la enfermedad misma.

El traumatismo como lo hemos dicho, puede ser una manifestación morbosa por la manera como se produjo, debido a una falta de raciocinio, a una mala interpretación de un fenómeno, o a la simple pérdida de la habilidad profesional; porque la demencia al hacerse progresiva y global, afecta todas las facultades mentales: juicio y raciocinio, sentimiento y actividad. Robert Bing cita un caso tomado de Jusgen, que por su importancia reproducimos a continuación: un obrero sano, recibe un golpe en la cabeza producido por un fardo; cuatró semanas después su carácter cambia, experimenta indiferencia para lo que le rodea, inefectividad, variabilidad de humor y quejas de marcado sabor nervioso. Hasta ese día nada se había notado de parálisis general confirmada, pero la reacción de Wassermann en la sangre fue hallada intensamente positiva; el examen practicado en el líquido céfalo-raquídeo demuestra un aumento de la albúmina, pleocitosis y una desviación acentuada del complemento. La evolución clínica ulterior confirma este síndrome humoral, el enfermo se agita, se vuelve monótono, expresa ideas delirantes absurdas y acaba por caer en un estado de demencia paralítica en el cual muere.

Los actos profesionales en este derrumbamiento de las facultades, son los que mayor tiempo permanecen intactos; la falta de ellos y sus consecuencias cuando es posible ponerlas de manifiesto, son jalones seguros para el diagnóstico de la demencia paralítica. El individuo, por una verdadera educación medular, adquiere para las artes una facilidad de ejecución que hacen de él casi un autómatas; por esto aun cuando la enfermedad haya progresado y la demencia sea muy avanzada, el enfermo ejecuta sus trabajos manuales ordinarios con suficiente habilidad; y sólo las manifestaciones motoras cuando hacen su aparición, traen al conocimiento de los que rodean al individuo las primeras manifestaciones aparentes paralíticas. Como se ve, la enfermedad de Bayle evoluciona de una manera sorda, dormida casi, sin dar mayor apariencia exterior.

Para el médico legista el peritazgo en cuestiones de esta naturaleza reviste muchas veces dificultades inusitadas, pues de la interpretación de los signos y síntomas que en el reconocido haya de encontrar, ha de sacar conclusiones explícitas, normas de conducta para afirmar las decisiones de los tribunales. Ante todo debe tener como firmes las conclusiones siguientes que son admitidas por casi todos los tratadistas: lo. no hay un sólo caso de parálisis general verdadera causado

por un traumatismo en un individuo no específico; 2o. un traumatismo puede ser la causa determinante o predisponente de una parálisis general en un sífilítico; y 3o. un traumatismo puede producir una agravación en los síntomas de una parálisis general y precipitar su desenlace final.

Froissart en su tesis, después de un minucioso estudio de la cuestión, saca las conclusiones siguientes: 1º que el enfermo no haya tenido antes desórdenes mentales especiales; 2º que el traumatismo haya sido de alguna significación; 3º que haya sido seguido de perturbaciones cerebrales traumáticas inmediatas y no de síntomas de demencia parálíticas; y 4º que el lapso de tiempo transcurrido entre el traumatismo y la parálisis general confirmada, sea ocupado sin interrupción notable por fenómenos de traumatismo cerebral, seguidos de signos que indiquen el principio y la evolución de una parálisis general progresiva.

Son estas las normas de conducta más prácticas para todo médico no especializado en cuestiones médico-legales y que se vea precisado a resolver problemas de esta naturaleza.

#### *Estados remisorios en Medicina Legal. Intermitencias.*

Después del internamiento de los parálíticos generales o cuando se les sustrae a excesos de cualquiera naturaleza especialmente alcohólicos y genitales, por el aislamiento en condiciones apropiadas de higiene, se observa una detención de la enfermedad, un paro general en su sintomatología. Es lo que se llama una remisión.

Apagado el incendio por tiempo más o menos largo, se fija por decir así la enfermedad, sus manifestaciones latentes permanecen como reveladoras de un derrumbamiento global de la inteligencia, la demencia se estabiliza durante este tiempo que dura el estado remisorio. El paciente se torna lúcido, consciente, sus síntomas psíquicos amainan, razona con alguna precisión, da muestras de un regular estado mental. Sin embargo, profundizando un poco en su mentalidad, se observa que su estado psíquico ha quedado casi el mismo, su voluntad no reacciona sino en apariencia; en definitiva estos enfermos permanecen en un estado de inferioridad mental que los hace una buena presa de especuladores. En algunas ocasiones los síntomas físicos pueden volver casi a la normal, pero para un observador atento su búsqueda permite un diagnóstico retrospectivo de la enfermedad.

Estos estados de mejoramiento solamente superficial son muy poco duraderos, pero en algunas ocasiones puede prolongarse de manera inusitada. Tal uno de nuestros enfermos (observación Nº 32) quien, después de una permanencia de seis meses en el asilo, con la sintomatología clásica de una paráli-

sis general se restablece y vuelve al seno familiar, encargado de la dirección de sus negocios desde hace cuatro años. Varios casos de esta naturaleza hemos observado cuyo estado remisivos se mantienen desde hace dos, tres o más años. La duración de estos estados puede ser desde un mes hasta tres años, según Baillarger, pero otros autores citan casos hasta de quince y veinte años de duración.

Sin que la demencia cure, la inteligencia del enfermo parece que vuelve a un nivel suficiente para que pueda hacerse de nuevo a la dirección de su familia y al desempeño de sus ocupaciones, siempre que estas sean de fácil ejecución y no requieran un trabajo de cerebración sostenido y complejo. No hay que confundir estos estados remisivos con la verdadera curación de la enfermedad, a la cual no se ha llegado de manera definitiva con ningún tratamiento.

*Intermitencias.* Existen estados semejantes a las remisiones, producidos por el aislamiento o mediante un tratamiento científicamente aplicado, en los cuales se verifica la cesación de un síntoma que marcaba la forma de la enfermedad. Son estados intermitentes o de intermisión.

En estos casos de intermitencia no se detiene el derrumbamiento mental, la demencia no se fija, como en el caso anterior, solo la locura o el delirio sufren una mejoría; estos estados son como fuegos fatuos en la inteligencia oscurecida del demente, iluminan un instante esta escena trágica y luego se apagan. De duración efímera, la enfermedad, que ha seguido su marcha progresiva, puede tomar otra forma diferente a la que le daban sus primeras manifestaciones; es lo que ocurre especialmente en las formas maniaco-depresivas. En tales circunstancias el enfermo no está curado momentáneamente, sino que por el contrario su enfermedad progresa siempre y sólo su delirio ha calmado.

De aplicación y explicación legal difícil, una gran prudencia debe observarse en estos enfermos en lo referente al levantamiento de la interdicción judicial. Por lo demás, considerados por la ley como dementes, aún en apariencia de salud incapaces para adquirir deberes morales, su irresponsabilidad es manifiesta. "Cuando un enfermo en plena remisión, dice Legendre du Saulle, es perseguido por un acto delictuoso y se presenta el caso de un examen médico-legal, hay necesidad de estudiar con el cuidado más atento las circunstancias particulares del hecho, descender en alguna manera hasta la intimidad del individuo, analizar las concepciones delirantes anteriores y relacionarlas al acto incriminado, discutir aparte las cuestiones relativas a la premeditación del hecho, al móvil posible y al interés probable del acusado y concluir según su concien-

cia. Cuando la remisión es de buena ley, cuando el acto inculminado no tiene relación ninguna con el delirio pasado, la teoría de la responsabilidad proporcional o incompleta tiene aquí una seductora aplicación. La remisión no es por el contrario sino una simple intermisión y no puede haber ni libertad moral ni responsabilidad”.

A pesar de estas sabias conclusiones, no puede desconocerse la suma importancia que para el médico legista tiene un dictamen tanto en causa criminal como para apreciar la capacidad civil en esta clase de alienados. La duda viene lógicamente al espíritu y la confusión puede presentarse al expositor en algunos casos de prolongadas remisiones de buena ley.

Un enfermo que abandona el Asilo por considerársele en plena remisión y vaya a la sociedad a vivir vida común con sus conciudadanos, que en sus raciocinios y en la dirección de sus negocios manifieste un estado mental aceptable, una vuelta a la normal o casi de su autocrítica, con fenómenos mentales demasiado ligeros, si es que existen, no parece que pueda colocarse en cuanto a su irresponsabilidad en el mismo pie de igualdad que un alienado común.

El caso que relatamos a continuación es instructivo por demás para el estudio de los estados remisorios médicos legales.

*Jean Frederick Meckel* de Goettingue, en 1764, en sus memorias a la Academia de Ciencias de Berlín, concede grande importancia al espesamiento de las meníngeas; cita quince observaciones al respecto, una de ellas que corre publicada en casi todos los estudios sobre historia de la parálisis general se refiere a un soldado Wachsmut, en el cual la existencia de una parálisis general no era dudosa: "La demencia evolucionaba en él, dice Meckel, sin ningún intervalo luminoso, nunca dice una palabra con buen juicio, y está en absoluto privado de memoria."

Chiarugi de Florencia, en las observaciones publicadas en 1794, esboza algunos síntomas de demencia paralítica, como la *megalomanía*, *actos demenciales en algunos dementes de espíritu*; y confirma las observaciones anatómicas de Meckel, respecto al espesamiento de las meníngeas, a la infiltración de la pía madre y la existencia de un derrame seroso en los ventrículos.

Dufour en Francia en el siglo XVIII, en un libro titulado "Ensayo sobre las operaciones del entendimiento humano y sobre las enfermedades que las perturban", citado por Laignel Lavastine y J. Vichon, en su ensayo sobre la medicina del espíritu en el siglo XVIII, parece hacer depender de la melancolía algunos síntomas pertenecientes a la parálisis general. "Así, dice cuando la melancolía dura largo tiempo, hace nacer la demencia o degenera en enfermedades más graves, o bien produce imaginaciones maravillosas. Cuando esto sucede, los enfermos creen ser dioses, reyes, príncipes o profetas."

Uno de los más notables de los que en Inglaterra han contribuido al estudio de la enfermedad de Bayle, fue Haslam, farmacéutico del hospital de Beldam en 1798; que aunque extraño como dice Pinel, al ejercicio de la medicina, "se dedicó, guiado por su buen sentido, al cuidado de los alienados y obtuvo en ellos muchas curaciones".

Anatomista y gran observador, a la vez que un gran psicólogo, escribe numerosas observaciones sobre melancolía y manía, lo mismo que sobre la demencia, con lo cual realiza un gran progreso en la medicina mental inglesa.

En el Hospicio de Beldam y otros varios Asilos para enfermedades de la mente, en donde Haslam hizo sus observaciones, jamás pudo encontrar un caso de curación de una de estas *malarias complicadas de gran orgullo* en sí mismas, "enfermos que morían de una manera brusca, a consecuencia de la apoplejía, o por ataques repetidos que los llevaban a un estado de *estupidez lamentable*". Este mismo autor, sin duda alguna el más genial precursor de Bayle, entrevió, pero sin parar mientes en ello, la importancia del estudio de la contracción





## OBSERVACION No. 31

J. V. de 26 años de edad, casado, comerciante y de raza blanca, entra al Asilo en Diciembre de 1922. Entre sus antecedentes hereditarios no se encuentra nada de anormal.

*Antecedentes personales.* Depresión moral debido a dificultades económicas. En estos últimos tiempos estaba entregado a labores comerciales en una ciudad vecina, cuando aparecieron las primeras manifestaciones de su enfermedad, en forma un tanto ruidosa; excesos de licor, juego y super-excitación sexual. Se cree millonario, poseedor de objetos de lujo no adecuados a sus posibilidades económicas; se revelan ideas ipocondríacas, de persecución, proyectos absurdos y una expansividad desbordante: ideas de éxito comercial, locuacidad excitación psicomotriz en una palabra. Se cree asediado por amigos leales que quieren rescatarlo cueste lo que cueste, y al mismo tiempo habla de enemigos que continuamente lo persiguen para arruinarlo.

Entre todas sus ideas delirantes las más sostenidas son sus ideas de posesión de riquezas, las demás son móviles; se dice poseedor de grandes conocimientos en Medicina Mental, y capaz de curar hasta la misma imbecilidad y la idiosia.

Al examea somático se encuentran los reflejos tendinosos exagerados signo de Babinski, signo de Argyll-Robertson positivos; se observa un temblor muy velado en los dedos y en los labios; Wassermann en la sangre intensamente positivo.

Líquido céfalo-raquídeo:

Cantidad.....	18 c. c.
Aspecto.....	crystalino
Tensión.....	1° 35 y 2° 24 al H. Claude.
Pleocitosis.....	36 elementos celulares por m. m. cub.
Linfocitosis.....	100% hasta 15 elementos celulares por campo.

Reacción de Wassermann...	+ + +
„ de Nonne .....	+ + +
„ „ Noguchi.....	+ + +
„ „ Pandey.....	+ +
„ „ Weichbrodt.....	+ +
„ „ Guillain.....	2-2-2-1-0

A pesar de no observarse en este enfermo disartria, ni un debilitamiento mental muy manifiesto, por el estudio del síndrome humoral y mental se le hizo el diagnóstico de una parálisis general de forma expansiva en su principio; se le instituye un tratamiento antisifilitico y se trata al mismo tiempo yu episodio maniaco. Después de algunos meses se inicia una

mejoría que se sostiene, y se le entrega a su familia haciéndole oportunas advertencias respecto al pronóstico. Pocos días después de vuelto al seno familiar cae en un estado de confusión mental con estupor, del cual mejora con el tratamiento por los *chocs* (inyección de trementina con gran absceso), y medicaciones tónicas.

Desde esa época (1923) viene disfrutando de un buen vivir, entregado a sus negocios de comercio, en los cuales da muestras de reconocida habilidad y competencia; ha vuelto a ejercer sus funciones de marido, con suma diligencia en el cumplimiento de sus deberes como padre y esposo, al par que como ciudadano. En este lapso de tiempo ha tenido en su matrimonio hijos sanos y robustos, sin manifestaciones heredo-sifilíticas; no ha demostrado ideas extravagantes, ni fenómenos delirantes, ni dado muestras de debilitamiento mental bajo cualquiera de sus manifestaciones. Es un caso que por la buena ley de su remisión bien puede asignarse a una curación verdadera.

Sería difícil, sin pecar contra la justicia, cobijar con la misma irresponsabilidad los actos cometidos por este enfermo y los que cometiera un alienado común. Es este uno de los casos en los cuales podría aplicarse el principio de la irresponsabilidad proporcional.

Si autoridades como Fournier, Charpentier etc., niegan la curación de esta enfermedad, Artwinski y Ostrowinski en Polonia, Oley y en los Estados Unidos, A. Marie y algunos otros autores, fundados en estadísticas personales que no dejan de ser halagadoras, afirman su curabilidad, por medio de los tratamientos modernos especialmente la malarioterapia. Sin aceptar en un todo las conclusiones a que llegan estos autores, no es posible mirar con indiferencia los casos ya numerosos en que un buen tratamiento trae a estos enfermos remisiones tan duraderas que a veces pueden considerarse como curaciones completas, o como fijación definitiva de la enfermedad.

La cuestión es especialmente delicada, y es imposible en la actualidad, en una época de experimentación constante, en la cual se mejoran los métodos terapéuticos y se conoce mejor el principio de esta enfermedad, dictar una ley que se acomode a todos los casos. Precisa entonces un examen paciente y completo de las circunstancias del hecho, de los medios y fines escogidos para su ejecución, del interés especial en relación con el delirio preexistente, que rodeen o complementen cada caso particular, para así poder con justicia imputar a un parálitico el grado de irresponsabilidad de que sea merecedor en los estados de remisión.

*Parálisis general en el ejército.* Como los accidentes de trabajo, y por la misma causa, también los accidentes de guerra pueden dar lugar en un sífilítico a la iniciación de una parálisis general o a la agravación de sus síntomas. Las emociones que por sí solas pueden producir estados confusionales o síndromes paralíticos, las fatigas, las conmociones y el agotamiento nervioso, son causas que pueden determinar el principio de la parálisis general en un antiguo sífilítico. Estos accidentes de guerra, tanto materiales como morales, son en su carácter de accidentes profesionales sometidos a reformas y pensiones en muchos países, y deben sufrir en cada caso particular un detallado análisis por el neuropsiquiatra.

Simonin, en 1906, sostenía que la reforma con derecho a pensión era debida aún a los sífilíticos antiguos, siempre que se comprobara que los primeros síntomas paralíticos o psíquicos fueran posteriores o inmediatos a las fatigas, conmociones o traumatismos a que se ven sometidos de continuo los militares. Durante la guerra de 1914 a 1919 fue cuando con mayor detenimiento se estudió este tópico en Francia, especialmente por Dupré y J. Lépine. El pensamiento de los neuropsiquiatras se cristalizó en una proposición del Dr. Pactet, en la reunión de las tres sociedades de Medicina Mental de París, en la cual se reconoce la influencia agravante del servicio militar en la iniciación de los síntomas paralíticos o en su agravación.

Entre nosotros esta parte de la legislación está aún por hacerse; nos es imposible por lo tanto sentar una doctrina propia sobre esta materia. La misma ley de accidentes de trabajo no dice nada en lo referente a estas cuestiones, que no muy tarde serán para nosotros problemas de magna importancia. Con el aumento de la psicosis en nuestro medio por múltiples circunstancias, y muy particularmente de la parálisis general, la legislación debe sufrir modificaciones específicas, más acordes con los principios y adelantos de la moderna ciencia neuropsiquiátrica.

*Seguridad social y personal.* De lo que antecede se deduce como consecuencia lógica el remedio, que para proteger a la sociedad y al enfermo mismo debe aplicarse en los dementes paralíticos: es el internamiento. Ya se ha discutido suficientemente en el capítulo del tratamiento la necesidad del aislamiento y su forma, y las ventajas e inconvenientes de unos y de otros.

En su período premonitor es cuando los paralíticos generales, por su delirio ambicioso, por su incapacidad profesional y por sus frecuentes transgresiones a la ley o a las conveniencias sociales, están más expuestos a la acción de la justicia. En su delirio expansivo, en el cual el enfermo se cree rey y señor

de cuanto existe hermano de Dios o Dios, mismo, ejerce un derecho que en su imaginación enferma cree propio, para apropiarse objetos de ajena pertenencia.

Las formas del delirio de la enfermedad de Bayle, como lo dijimos al principio, imprimen su característica a las faltas cometidas por estos alienados; así, la excitación genésica en los parálíticos, sin voluntad para resistir o hacer frente a su delirio, los lleva a cometer frecuentes trasgresiones a sus deberes morales, con reacciones antisociales. A causa de la degradación moral y mental a que los lleva su demencia, estos enfermos se prestan fácilmente para toda clase de engaños, abusos de confianza, suplantación de derechos y encubrimientos de delitos con notorio perjuicio para ellos; para prevenir consecuencias posteriores muchas veces graves, se ha propuesto como único remedio el aislamiento.

En las formas simplemente demenciales el aislamiento familiar, lejos de todo bullicio y con una vigilancia apropiada, suele bastar. En la forma expansiva o maniaca, con sus reacciones psicomotrices y sus delirios de grandeza, se impone con más urgencia que en cualquiera otra forma el internamiento rápido y seguro, por ser esta la forma de demencia paralítica que más frecuentemente arrastra a los enfermos a la comisión de delitos punibles; en este caso, como es el pensamiento del Dr. Charpentier, los servicios cerrados son los únicos que aseguran de manera satisfactoria la protección del enfermo y de la sociedad.

## CONCLUSIONES

1a. La enfermedad de Bayle es una afección que por sus consecuencias individuales, familiares y sociales, debe ser conocida de todo médico y diagnosticada en un tiempo oportuno es decir desde su principio.

2a. La doctrina dualista de Morel-Lavallée, defendida por A. Marie, Levaditi, Schwartz y Fournier, en extremo seductora, no se acomoda a todos los hechos y deja sin solución problemas clínicos de grande importancia. Por lo tanto no duda mos en acogernos a la vieja doctrina unicista.

3a. Es innegable la existencia de parálisis general con muy débiles reacciones humorales o casi sin ellas.

4a. Jamás se debe posponer las enseñanzas clínicas, obtenidas después de un cuidadoso examen del enfermo, a las enseñanzas del laboratorio. Estas son sólo un complemento de aquellas.

5a. Un aumento notable se ha observado en los últimos años referente a las manifestaciones nerviosas sifilíticas, con especialidad de la parálisis general. Este aumento es debido

principalmente, en nuestro concepto, a la falta de educación del público en lo que respecta a los peligros de la sífilis, que en definitiva se reduce a la verificación de los tratamientos insuficientes, y accesoriamente al aumento de civilización, a la no-ción de raza y a la herencia psíquica morbosa.

6a. Hoy por hoy no hay un tratamiento curativo que pueda definitiva y seguramente poner a raya la enfermedad de Bayle. La malarioterapia y los demás tratamientos piretógenos carecen aún de la prueba del tiempo.

7a. El único tratamiento verdaderamente eficaz es el tratamiento preventivo que es el de su causa productora: la sífilis. Este debe empezar desde el hogar y la escuela, dando a conocer los peligros del mal venéreo y educando al individuo en el tratamiento.

## BIBLIOGRAFIA

- Psychopathies organiques—Paralysie Générale progressive par E. Dupré.  
 Du Traité de Pathologie mental de Gilbert—Ballet etc. 1910  
 Traité de Médecine Légale par Legrand du Saulle, Berryer et Pouchet 1886.  
 Examen des aliénés. A. Barbé 1921.  
 Le diagnostique des maladies mentales. Dr. Purves Stewart 1910.  
 La Parálisis general y su tratamiento por la malaria. Dr. Carlos Teller.  
 F. (Repertorio de Medicina y Cirugía de Bogotá N° 203. 1926).  
 Sur la Syphilis Nerveuse en Cochinchine Henry G. et S. Morin. (Bulletins de la Société de Pathologie exotique.)  
 Annales et Bulletins de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Años 1925 1926, 1927.  
 Journal des praticiens. Artículos diversos. Años de 1924, 1925, 1926, 1927.  
 Bulletin of the New York Academy of Medicine. March. 1928.  
 La Presse Médicale. Artículos varios. Años de 1925, 1926, 1927.  
 Tratamiento actual de la parálisis general por los doctores H. Claude y R. Targowla.  
 Revista de Criminología y de Medicina Legal de Buenos Aires. Años de 1923, 1924.  
 L'encephale. Años de 1922, 1923.  
 Précis de Psychiatrie. E. Régis, 1923.

Paralyse Générale par Jean Lépine. Nouveau Traité de Médecine de G. H. Roger, F. Vidal y P. J. Teissier. Fascicule XIX. 1925.

Conférences de Clinique Médicale Practique. L. Ramond. T<sup>o</sup> IV. 1926.

Recherches sur les maladies mentales. Thèse de A. L. J. Bayle. 1922.

Historique de la Paralyse Générale: Les précurseurs de Bayle par Laiggnel-Lavastine y Jean Vinchon. 1922

Bayle et les travaux de Charenton. René Semelaigne. 1922

La Paralyse Générale après Bayle. 1922

Dualité de la Paralyse Générale. Folie paralytique. Démence paralytique. Les travaux de la Salpêtrière. F. L. Arnaud. 1922

Les conceptions actuelles de la Paralyse Générale:

Etiologie et Pathogénie F. Pactet. 1922

Etude Clinique et Médico-Légale. R. Charpentier. 1922

La Syphilis Nerveuse. A. Sésary. 1926

Les Maladies Nerveuses en 30 leçons par Robert Ving. 1924

Le terrain Héredo-Syphilitique par V. Hutinel. 1926

La Syphilis par E. Jeanselme. 1925

Le Traitement de la Syphilis. Dr. Lacapère. 1925

Médecine Légale par Ch. Vibert.

Précis de Psychiatrie par Lévy-Valensi. 1926

Les allures cliniques de la Syphilis par R. Sanguinetti. Thèse de Paris. 1917.

Le traitement de la Syphilis. Leredde. 1917

Archivos clínicos del Manicomio del Departamento de Antioquia.

**FIN**

# INDICE

	Pag.
Informe del Presidente de Tesis .....	9
Sinonimia .....	13
Definición .....	14
Historia .....	14
Etiología y patogenia .....	23
Manera como obra el treponema .....	
en el sistema nervioso .....	53
Estudio clínico del liquido cerebro-espinal .....	59
Estudio clínico- Formas clínicas de la P. G. P. ....	77
Tratamiento malario-terápico de la P. G. P. ....	132
Tratamiento preventivo .....	141
Aspecto medico-legal de la P. G. P. ....	143
Parálisis general y accidentes de trabajo .....	155
Conclusiones .....	164

## ERRATAS

<u>Página</u>	<u>Dice</u>	<u>Leáse</u>
128	raqiudeo	raquídeo
113	raquideo	raquídeo
115	remisión	remisión
115	utaor	autor
125	intocitación	intoxicación



pupilar y publicó algunos casos de "manía con contracción del iris".

Thomas Mayo, imbuido en los principios de la escuela francesa, hace muy buenos estudios sobre la demencia complicada de parálisis, y se declara partidario y continuador de las ideas de su gran maestro Haslam. Observa y publica las historias clínicas de algunos dementes atacados de apoplejía, que se veían curar en poco tiempo; y las observaciones de este autor sobre el espesamiento de las meníngeas, de la congestión venosa y la hidropesía cerebral se armonizan perfectamente con los estudios anatómo patológicos de Bayle, sobre la aracnitis crónica en las demencias complicadas de parálisis incompleta.

Tissot, en 1758, en su libro «La Salud de las Gentes Letradas», trae un bonito aparte, en el cual entrevé la importancia social de nuestro tema. Para él, esta locura se debe a la vida intelectual más intensa, al abuso de ciertas bebidas y alimentos como el té, el café, etc.; y hace notar su aumento siempre creciente desde el fin del siglo XVIII, y la relación existente entre estas enfermedades del cerebro con la degeneración y con la influencia de algunas enfermedades secretas.

Pinel entrevió, a fines del siglo XVIII, la existencia de una parálisis, que en los alienados sucede, decía él, a una fuerte agitación maniaca o a un delirio taciturno y que termina en la adinamia, en la gangrena y que es siempre mortal.

Esquirol, desde 1805, declara incurable toda demencia complicada de parálisis, y pocos años después asevera ser muy graves y siempre mortales las locuras asociadas a desórdenes del lenguaje, la parálisis y las escaras; pero en sus deducciones asegura que estos desórdenes sólo son una complicación de algunos casos de locura crónica; en 1819, en Bicétre, observa la frecuencia mayor de esta afección en el hombre que en la mujer. Pero ya desde esa época reconocía dos enfermedades distintas en el demente paralítico: la demencia y la parálisis. Su aparición era para Esquirol sólo un epifenómeno en la evolución progresiva de la demencia común. Sus discípulos Georget, Delaye, Foville y Calmeil, adoptaron sus puntos de vista y defendieron esta idea, que en suma vino a ser más tarde idéntica al dualismo de Baillarger.

Consecuente Esquirol con sus primeras ideas, expone de nuevo la cuestión en 1838 en un libro notable sobre las enfermedades mentales titulado "Parálisis general incompleta de los alienados", la cual considera como una simple complicación de la demencia. Pero como dice muy acertadamente Baillarger "es a Esquirol y a Bayle a quienes corresponde el honor de haber realizado con el descubrimiento de la parálisis general el mayor progreso que puede señalarse en la historia de la medi-

cina mental". Dualista, en cuanto que Esquirol consideraba la parálisis y la demencia no como dos manifestaciones de una misma enfermedad, sino como dos entidades nosológicas distintas, le corresponde el título de ser uno de los que primero la concibieron, y de haber dado de ella una de las más hermosas descripciones.

Georget, en su tesis de 1820, describe esta enfermedad con el nombre de "Parálisis Muscular Crónica", y hace notar que la sífilis se encuentra en muchos casos, de los que describe minuciosamente sus síntomas, pero da a la sífilis una importancia muy secundaria y *puramente moral*, en cuanto afecta profundamente a las jóvenes seducidas.

Bayle, el 21 de noviembre de 1822, dedica la primera parte de su tesis "Trabajos sobre las enfermedades mentales", al estudio de la aracnitis crónica. En este trabajo Bayle afirma y prueba la existencia de una alienación mental, sintomática y perfectamente definida, con su anatomopatología propia y su cuadro clínico inconfundible enfermedad que ha sido confundida por los autores con la alienación mental esencial. La causa necesaria, afirma Bayle en su tesis, para la producción de la aracnitis crónica es la congestión lenta o súbita de los vasos del cerebro. Reduce la sintomatología a una parálisis general incompleta y al derrumbamiento de las facultades intelectuales y hace su división clásica cuando describe los tres períodos de mono-manía, manía y demencia.

La doctrina de Bayle queda confirmada en su libro la "Nueva doctrina de las enfermedades mentales", con el aporte de más de un centenar de necropsias hechas en parálisis generales, en las cuales pone de manifiesto su concepción patogénica y etiológica, de la congestión activa de la masa encefálica, y de la meningitis concomitante.

Calmeil, en 1826, en su tesis sobre «La parálisis considerada en los alienados», hace una crítica severa de los estudios de Bayle y dice que el autor de la tesis sobre «Trabajos sobre las enfermedades mentales» refuta por sí mismo su doctrina, por sus contradicciones paso a paso. Georget, al hacer una crítica sobre las enfermedades del cerebro, tal como eran estudiadas en esa época, consideraba las concepciones de Bayle como hipotéticas e inverosímiles.

Para Bayle los fenómenos o perturbaciones de la motilidad, lo mismo que los desórdenes de la inteligencia, provienen de la meningitis consecutiva a la congestión y compresión del cerebro.

Delaye, para quien Trelat reclama la prioridad en el descubrimiento de la demencia paralítica como entidad morbosa definida, en su tesis de 1824, «Consideraciones sobre una espe-

cie de parálisis que afecta particularmente a los alienados», se ocupa en los desórdenes motores que complican la demencia, haciendo caso omiso de las perturbaciones mentales.

Calmeil, discípulo de Esquirol y continuador de sus doctrinas, es sin duda uno de los que más han contribuido al engrandecimiento de la psiquiatría francesa; estudia muy cuidadosamente la parálisis de los alienados, y expone sus opiniones en su tesis de 1826. En su estudio, Calmeil se declara partidario de las concepciones dualistas de Esquirol, declara infundada y errónea la división que hace Bayle de los tres períodos de la parálisis general en mono-mañía, manía y demencia.

Para este gran clínico, la lesión material del cerebro—en la Parálisis Muscular Crónica—consiste en una flegmasia, pero no acepta el término de Bayle de encefalitis crónica. Todos los síntomas de esta enfermedad los hace derivar de esta flegmasia y afirma que la parálisis general en la alienación mental es una complicación grave y siempre mortal. Acoge como centro de gravedad de su doctrina la existencia de dos enfermedades distintas, o dos síndromes, que complican aislada o conjuntamente las locuras crónicas: la demencia y la parálisis.

Posteriormente Calmeil, en el «Diccionario de las Ciencias Médicas», vuelve a la vieja discusión y niega la constancia del delirio ambicioso, del cual Bayle hacía uno de los principales síntomas de la parálisis general.

La obra de Bayle, al unificar ideas que existían en el cerebro de los viejos maestros, o eran adivinadas o sospechadas por discípulos, destruyó por su base las concepciones de Esquirol y de Pinel, al proclamar como entidad nosológica única y perfectamente definida la parálisis general incompleta de los alienados. No tardó mucho tiempo para que la reacción se hiciera y después de Calmeil, Delay y Gorget, apareció Bailarger como defensor de la teoría de Esquirol.

Una recia campaña se entabló entre los sostenedores de ambas tendencias y casi medio siglo se prolongó la discusión, hasta la aparición de la era sífilítica, que con Essmarch y Jessen en 1857, con Kjelberg de Usal en 1863, Jespersen de Roskilde y más tarde Fournier en 1894, lograron traer la armonía, aunque parcialmente, a los psiquiatras y neurologistas. Este acuerdo no ha sido sino aparente; y a pesar de no ser discutida en la actualidad la unidad nosológica de la enfermedad de Bayle sino por Klipel y su escuela, la unidad etiológica ve renacer frente a sí misma la vieja teoría de Nonne y Morel Lavallée, defendida en la actualidad por A Marie, C. Levaditi, L. Fournier, Schwartz y otros no menos autoriza-

dos. Sólo se ha cambiado de frente en la lucha con las últimas adquisiciones científicas.

Entre los más autorizados representantes de la teoría unicista figura Parchappe, quien en 1838, en su libro "Trabajos sobre el encéfalo, su estructura, sus funciones y sus enfermedades", y en 1841 en su "Tratado teórico y práctico de la locura", defiende las ideas de Bayle. Para él, la causa generadora de la parálisis general reside en un *rehlاندecimiento inflamatorio de la capa cortical*, de la cual la lesión meníngea sería una contingencia.

Para Parchappe la parálisis general es "una enfermedad sintomáticamente caracterizada por una lesión apirética, que hiere en conjunto la inteligencia, la motilidad y la sensibilidad". El primer síntoma es el debilitamiento intelectual, y el delirio ambicioso es síntoma secundario. Propone denominar la nueva entidad morbosa con el nombre de *locura paralítica*; describe la forma melancólica y observa la desigualdad pupilar o anisocoria.

Eclético más bien que francamente unicista, considera que "los fenómenos paralíticos no se desarrollan algunas veces sino después de una larga duración de la locura simple", pero admite con Bayle que la locura paralítica es una enfermedad definida, un cuadro nosológico cuya unidad constituye una entidad morbosa distinta.

En su tesis de 1853, Falret, declara aceptables y ciertos los principios de Bayle, asocia en un solo haz los fenómenos que caracterizan la parálisis general, describe con sus caracteres propios su evolución clínica, su marcha siempre progresiva, sus lesiones anatómicas y su delirio megalomaniaco. Según Falret, el delirio y la parálisis marchan siempre unísonos y caracterizan ambos la enfermedad; este autor aporta a la psiquiatría su célebre fórmula que caracteriza los delirios de los paralíticos generales como *múltiples, móviles, incoherentes, no motivados y contradictorios entre sí*. Para él, la parálisis es general *d'emblée*, progresiva y no extensiva y siempre incompleta. No admite como regla general la idea de Bayle de que "la parálisis y la demencia marchen a paso igual y proporcional"; sintetiza la marcha de la locura paralítica como "progresiva en su conjunto e irregular en sus detalles"; observa la disartria como síntoma premonitor, y entrevé la forma hipocondríaca, descrita más tarde por Baillarger.

Baillarger, desde 1846 hasta 1890, no cesó en sus numerosos trabajos críticos de atacar la teoría de los unicistas. Según él, Bayle, Parchappe, Falret y sus continuadores, habían comprendido en un mismo cuadro dos entidades morbosas totalmente distintas; la parálisis general incompleta descrita por

Esquirol como complicación de la locura crónica—a la cual le da el nombre de *demencia paralítica*—y las locuras paralíticas. Aísla la forma delirante o expansiva, la cual denomina *locura paralítica*, de la forma demencial típica, inclinándose a considerarlas como dos entidades morbosas distintas.

Desde el año de 1850 describe en sus observaciones el síntoma anisocoria, el cual lo encuentra en el principio de la afección en el 60 % de los casos; y hace una buena descripción de la forma melancólica. El síndrome más tarde descrito por Cottard, o de negación de Séglas, es ya entrevisto por Baillarger, pero no tiene con la parálisis general una relación tan estricta como lo cree este autor; a pesar de todo, dice encontrarlo nueve veces en diez paralíticos generales.

Llevado por su tendencia a hacer divisiones y cuadros cada vez más diferentes de los diversos grupos clínicos que constituyen las variadas formas de la parálisis general, llega a considerar las dos formas, expansiva y demencial simple, como entidades distintas, como dos entidades morbosas absolutamente desemejantes. Para Baillarger toda la parálisis general se reduce a la forma demencial, y la forma expansiva o delirante sería una forma de locura distinta a las de su género. Estas ideas fueron aceptadas por Douchenne de Boulogne, Sandras y algunos otros neurologistas de fama.

El delirio ambicioso lo consideraba Baillarger, lo mismo que el delirio de negación, como una locura distinta, "tan diferente de la demencia paralítica como la demencia simple lo es de la manía simple". De aquí que se pueda objetar a Baillarger, que lo que él describe como entidad morbosa netamente aislada de toda clase de alienación mental no es más que un síndrome paralítico sin unidad etiológica ni morfológica. El mismo Baillarger se encarga, andando el tiempo, de volver sobre sus pasos y de valorar la doctrina de Bayle. En 1858, en la Sociedad Médico-psicológica de París, refuta él mismo su teoría de la parálisis general sin alienación mental, reconoce que el debilitamiento mental es siempre precoz y que por sus progresos constituye una verdadera alienación. "Nunca, dice Baillarger, he admitido una parálisis general sin alienación mental".

En resumen, la tendencia de este autor es hacer una distinción fundamental entre la locura paralítica y la demencia paralítica, considerándolas como dos enfermedades absolutamente distintas, de causas y de manifestaciones diferentes.

Prosiguiendo sus estudios por esta vía, Baillarger llega a la descripción de cuadros nosológicos, que por algunas semejanzas con la parálisis general, clasifica con el nombre de *pseudoparálisis generales*, término ya adoptado por Delasiauve en

1851, los cuales hace derivar de enfermedades tales como el alcoholismo, el artrismo, la pelagra, el saturnismo, la epilepsia, el reblandecimiento cerebral, la sífilis etc.

Desde 1840 hasta 1857, en que Essmarch y Jessen entrevén primero que ningún otro la acción de la sífilis en la etiología de la parálisis general, Legrand du Saule, Linas, Laségue, Moreaux de Tours, Foville, Calmeil, Cristian, Ritti, Magnan y muchos más enriquecen la psiquiatría con la descripción de las formas clínicas de la parálisis general.

Con Essmarch y Jessen, médicos escandinavos, al afirmar y comprobar con estadísticas que la sífilis es siempre y necesariamente la causa etiológica de la enfermedad de Bayle, ideas que estuvieron muy lejos de ser aceptadas por los especialistas de la época, se abre una era gloriosa para el estudio de la etiología y patogenia de la demencia paralítica. Kjelberg de Upsal y Jespersen de Copenhague, fueron los únicos que aceptaron con los médicos escandinavos la preponderancia de la sífilis en la etiología paralítica; aquél observa la enfermedad de Bayle en individuos sífilíticos o que lo han sido, y el médico del Asilo de Roskilde, publica una estadística en la cual aparecen el 77% de los paralíticos atacados de sífilis. Sus afirmaciones no fueron oídas, quizás por el ruido de las discusiones nosográficas que embargaban a los autores; se necesitó para que las ideas de Kjelberg y de Jespersen fuesen aceptadas, la autoridad de Fournier, quien desde 1879 describe la parálisis general sífilítica. Quince años después en 1894, con Régis, basado en sus estadísticas, acepta el origen pero no la naturaleza sífilítica de esta afección y le da el nombre de enfermedad parasifilítica. No obstante Fournier no admitía que la sífilis fuese la causa única de la enfermedad de Bayle, y para él se requerían otras circunstancias para que un sífilítico se hiciese paralítico general. Morel Lavallée acepta esta teoría de Fournier pero con ciertas reservas. Laségue, con Charcot, afirma que no hay parálisis general verdadera de naturaleza u origen sífilítico, sino una pseudo parálisis general sífilítica, más o menos semejante a la enfermedad tipo.

En la Academia de medicina de Paris en 1905, Fournier defiende contra la opinión de Joffroy y de Cornil, la tesis sífilítica como causa fundamental de la parálisis general, y observa su coincidencia con la existencia de lesiones cutáneas. Su confirmación tuvo lugar en 1913, cuando el descubrimiento de Noguchi del treponema de la sífilis en la corteza cerebral de los paralíticos generales.

Los trabajos anatomopatológicos que empezara de manera verdaderamente científica Rokitsanski en 1856, fueron continuados por Magnan, Westphal, Mendel, Mierzejewski, Crich-

ton Brown, Tuzcek, etc., y más tarde Alzheimer, Marchand, Lhermitte, Léry y Klipel. Este último, como deducción de sus trabajos niega el origen sífilítico como la causa única de la parálisis general, y describe casos anatómopatológicamente confirmados de parálisis general de forma artrítica, tuberculosa, alcohólica, arterioesclerosa etc.

Tres grupos o síndromes extrae Klipel de sus trabajos anatómopatológicos: un primer grupo descrito por Bayle, el de la encefalitis inflamatoria; un segundo grupo en el cual la inflamación del encéfalo se sobreagrega a lesiones preexistentes, y un tercer grupo sin lesiones que corresponde a las parálisis generales degenerativas.

En suma, Klipel ha revivido presentada en forma distinta la vieja doctrina dualista, con conocimientos más profundos de sus causas y a la luz de los últimos progresos biológicos.

De todo este cúmulo de doctrinas, en las cuales se pone en juego tanto la autoridad de quien las emite, como su criterio clínico y su manera muy personal de opinar, sale cada vez más depurada la doctrina de Bayle; que, si como dice Parchappe, no descubrió los síntomas de la enfermedad que lleva su nombre, que fueron conocidos desde mucho tiempo antes, le corresponde el mérito de haber sacado de la obscuridad a la luz una entidad nosológica nueva, darle vida y realizar así, en sentir de Baillarger, "el mayor progreso que se pueda señalar en la historia de la medicina Mental".

## ETIOLOGIA Y PATOGENIA

La mayor preocupación que ha apasionado a los biólogos desde Bayle hasta nuestros días, es la investigación de la causa única y necesaria de la meningoencefalitis crónica difusa. Bayle hacía depender los fenómenos paralíticos de una inflamación meníngea o aracnitis crónica, producida en último término por un aflujo sanguíneo a las cubiertas meníngeas y por la fuerte congestión cerebral consiguiente. Hace resaltar este autor la importancia de la herencia neurológica, en cuya estadística se observa en más de la mitad de los casos, la influencia del sexo, de la edad, del temperamento sanguíneo y de la actividad cerebral. En cuanto a la sífilis, no le concede gran importancia por encontrarse en todas las esferas sociales.

Hasta el advenimiento de la era sífilítica sólo Magnan acusaba al alcoholismo como la causa más significativa en la génesis de la parálisis general. Después de los trabajos de Esmarch y Jessen en 1857; los de Kjeibérg de Upsal en 1863, confirmados más tarde por Fournier, cambió totalmente la faz del problema. Sin incurrir en error, puede afirmarse que con estos tra-

bajos se dilucidó la verdadera etiología de la enfermedad de Bayle.

Seguindo a Régis y Lépine, estudiaremos en la etiología los puntos siguientes:

1o. Una causa única, determinante de la verdadera parálisis general: *La sífilis*;

2o. Un grupo de causas predisponentes;

3o. Las autointoxicaciones e infecciones agudas y crónicas y las eterointoxicaciones;

4o. Los traumatismos.

## SIFILIS

La causa necesaria, fundamental, suprema de la parálisis general es la sífilis. Esta doctrina, en un principio sin autoridad, ha venido desde Fournier a sentar sus reales como tópico de discusión de magna importancia. Negada por autoridades como Magnan, Joffroy, Laségue, Cornil, Charcot, etc., fue admitida con reservas por Morel - Lavallée y Bélières en un trabajo titulado «*Sífilis y Parálisis general*».

Fournier, en sus lecciones clínicas en 1894, cuando denomina a la parálisis general, a la tabes y a otras enfermedades nerviosas, con el término de afecciones parasifilíticas, sostiene el origen específico pero no la naturaleza sifilítica de la enfermedad de Bayle. En la Academia de Medicina de París en 1905, defiende con Raymond como causa fundamental la sífilis, basado en sus estadísticas personales. Sin embargo, este autor en sus primeros estudios no es exclusivista, pues para él, la sífilis sólo es la causa más activa, sin desconocer la importancia de otras afecciones como el alcoholismo, los excesos de todo género, en el origen de la locura paralítica. La sífilis, dice Fournier, está unida a la enfermedad de Bayle como la causa al afecto.

Los experimentos de Kraft-Ebing en Moscou en 1897, dan confirmación a esta nueva doctrina, cuando inocular 8 parálisis generales con virus sifilítico obtenido del raspado de lesiones virulentas, secundarias y observa que todos ellos resisten a la infección.

Cuando el descubrimiento del treponema por Schaudinn y Hoffmann en 1905, la atención de los neurologistas se concentró a su búsqueda en las afecciones del sistema nervioso, consideradas como sifilíticas. Fue logrado por Noguchi en 1913, cuando descubrió el treponema en la corteza cerebral de algunos paralíticos, lo cual constituyó la prueba magna del origen sifilítico de esta afección, que como lo dice Pactet: «las estadísticas clínicas y los trabajos humorales sólo revelaban la probabilidad del origen sifilítico de las parasífilis de Fournier; era



necesario el descubrimiento de Noguchi para probar su evidencia".

El laboratorio ha venido también a confirmar la doctrina sífilítica: El Wassermann positivo del líquido cefalo-raquídeo es para Sicard, Roger y Haguenu una certeza absoluta de la existencia de una parálisis general, en tanto que puede descartarse, según estos autores, todo diagnóstico de parálisis general cuando es negativo. Las reacciones de Nonne y Apelt, de Guillain y de Lange, el índice de Dujardin, dan la primacía a la sífilis en la etiología paralítica. Para Klipel el descubrimiento del treponema en la corteza cerebral de los paralíticos carece de valor probatorio, puesto que ha sido encontrado también en cerebros de sífilíticos, muertos en plena generalización específica, que no presentaron en vida ningún síntoma de parálisis general.

A la luz clara y serena del raciocinio se ve lo sofisticado de la anterior argumentación de los partidarios de Klipel. No basta la presencia del treponema en la corteza cerebral para que un sífilítico se haga paralítico general, como no basta la presencia en el organismo de un microbio cualquiera para el desarrollo de su afección específica; sino que es preciso la concurrencia de causas muy diversas que hagan el organismo apto para que se produzca la enfermedad. Es la noción fecunda del terreno que ha tomado una preponderancia cada vez mayor en todos los problemas de patología general.

Admitido por la inmensa mayoría de los médicos el origen específico de la parálisis general, ha surgido una gran disparidad en la apreciación de su naturaleza. Erb, Nonne y Morel Lavallée, defendían en el siglo pasado la existencia de un germen sífilítico nervioso que originaba la parálisis general; Erlich admitía un espiroqueta particular en las parasífilis, al cual denominó con el nombre de *raza o de cepa recidivante*. Fundados en sus trabajos clínicos, anatómicos y experimentales C. Levaditi y A. Marie, sostienen la vieja teoría de Nonne, de la existencia de un virus neurotrófico, el cual es para ellos el verdadero agente de la parálisis general y de las enfermedades nerviosas sífilíticas; treponema que estaría localizado en el ectodermo invaginado, con exclusión del tejido celular y de los vasos contenidos en los centros nerviosos.

A. Marie y C. Levaditi resumen su argumentación clínica, anatómica y experimental en los principios siguientes: (Anales del Instituto Pasteur 1923).

a). Evolución clínica y anatomo-patológica particular de la parálisis general y de la tabes;

b). Contraste entre los accidentes primarios y secundarios y la gravedad de las manifestaciones nerviosas en los paralíti-

cos;

- c). Raraza de la parálisis general y de la tabes en los países tropicales y subtropicales, en donde la sífilis habitual es grave;
- d). Existen observaciones de sífilis nerviosa conyugal, y es imposible no pensar en esos casos en un virus que tenga una predilección particular por el sistema nervioso central;
- e). Contaminación en la misma fuente;
- f). Resistencia al tratamiento específico;
- g). Raraza de la coexistencia de la parálisis general y de las manifestaciones cutáneas y viscerales sífilíticas;
- h). Morfología particular del treponema neurotropeo;
- i). Propiedades biológicas del treponema neurotropeo, dificultad para la transmisión de este treponema a los animales en experiencia, y evolución especial de la infección de estos animales en los raros casos en que los resultados han sido positivos.

A). El primer argumento de la serie de los dualistas, según lo hace observar Sézary en una nota dirigida a la Revista Neurológica de París, en abril de 1921, carece de valor, puesto que el neurotropismo es incapaz por sí solo de explicar la evolución atípica de las lesiones anatómicas-patológicas de la meningo-encefalitis difusa, su marcha progresiva y su resistencia al tratamiento. Levaditi y Marie admiten que las particularidades de estas lesiones son caracteres especiales de la neurona, lo cual es admitir a la luz meridiana la preponderancia del terreno sobre el grano, aserción en nada de acuerdo con sus teorías.

En todas las enfermedades que el espiroqueta produce, su característica principal es sin duda la manera como reacciona el tejido sobre el cual se siembra; su marcha y evolución es siempre diferente para cada tejido, lo que constituye su diferenciación esencial.

B). Fournier, en una estadística de 83 casos de parálisis general, observa en 80 de ellos una forma de sífilis muy discreta; razón que le sirvió para sostener el origen específico de la enfermedad de Bayle. Levaditi y Marie han tomado esta razón científica como argumento en favor de sus tesis, de gran importancia para ellos. André Collin, en 1914, aporta algunos casos para demostrar que es una forma particular de sífilis, ligera, benigna, sin ninguna manifestación externa, la que da origen a la parálisis general; clasifica esta sífilis por sus caracteres con el nombre de neurotropea o nerviosa. Lauschner, autor alemán, en su trabajo "La cuestión de la sífilis ligera y la parálisis consecutiva tardía", critica muy justamente el calificativo de *benigna* que Collin da a su sífilis neurotropea; no puede calificarse, es su pensamiento, de *benigna* una sífilis cuyas manifestaciones tardías son fatales. Collin, según se deduce de su pu-

blicación "Cuál es la forma clínica de la sífilis que termina más a menudo en la parálisis general, ha tomado el término de *benigna* para explicar sólomente la escasez y la poca importancia de las manifestaciones externas, tales como el chancro enano, la roseola etc.

Con gran sentido crítico y visión genial, Landouzy había observado que la gravedad de la sífilis estaba siempre en razón inversa de sus manifestaciones externas; 'la ausencia de la adenopatía, decía, es índice de sífilis grave'. Sanguinetti, entusiasta defensor de la teoría del dualismo, resume sus opiniones en su tesis de 1917, así: «En la mayoría de los casos la infección sifilítica pasa al estado latente, sin signo secundario o terciario o casi sin ellos, y da lugar con la ayuda del terreno sobre el cual ha caído el grano, a la neuropsicosis; en casos más raros es la sífilis con marcha normal, de forma bien florida, grave por todos sus síntomas exteriores, la que da lugar también a la parálisis general».

Claramente se ve, que con estas deducciones no se puede en espíritu y en verdad, sacar una opinión bien fundada, y sobre razones que no dejen lugar a duda respecto a la veracidad de la teoría dualista.

Desde el período secundario de la sífilis, Ravaut, Jeanselme, Chevalier y Sézary, han observado una fuerte reacción meningea, positiva para el Wassermann, lo que prueba que el treponema tiene una acción igualmente marcada para la piel, las mucosas y los centros nerviosos; y el hecho de no fijarse indeliblemente en el sistema nervioso se debe, según Sézary, a la defensa natural de este tejido. Por otra parte, no todas las sífilis nerviosas proceden de una sífilis latente, y si es verdad que muchas sífilis floridas, eminentemente dermatropas, pueden dar origen a la enfermedad de Bayle.

El hecho es de observación corriente. Nuestra estadística da la prueba de que las manifestaciones externas u óseas específicas son frecuentes. Este hecho lo hemos observado en más de 20 de nuestros enfermos. La siguiente observación es particularmente demostrativa:

#### Observación No. 1

T. M. del R. de Ituango, de 46 años de edad, raza mestiza, soltera, oficios domésticos. Entra al Asilo el 2 de Septiembre de 1925.

*Antecedentes hereditarios.* Desconocidos.

*Antecedentes personales.* Debido a la ignorancia de sus conductores ha sido casi imposible obtener datos sobre sus antecedentes personales, pero los que hemos logrado recoger

pueden muy bien servirnos como ilustración de la tesis unicista. Ocupada en trabajos domésticos y agrícolas, sufre desde hace diez años de una linfangitis periódica de la pierna derecha. Cuenta su hija, que hace dos años sufrió de dos úlceras localizadas simétricamente en el tercio inferior de ambas piernas, úlceras profundas, de poca supuración y muy rebeldes al tratamiento ordinario; que cedieron algún tiempo después por el tratamiento yodurado y por la curación con pomadas a base de mercurio. Hace cuatro años tuvo sífilides muy manifiestas de la boca y una erupción de la piel muy discreta (roseola?), que después aparecieron con un tratamiento por el jarabe de Gibert. Ha tenido tres hijos de los cuales los dos primeros han muerto de dos y diez años de edad, respectivamente. Tiene una hija viva, bien conformada, que no presenta ninguna manifestación hereditaria específica.

**Exámen somático.** Al entrar al Asilo se la encuentra agotada y caquética, con diarrea profusa, disenteriforme, tinte icterico de la conjuntivas; en sus piernas se observa la cicatriz de las úlceras, de carácter eczematiforme, de coloración violácea; en la nariz, muy chata, se observa una depresión casi en silla turca y la falta de uno de los huesos de la nariz. En la región frontal existe una goma ósea, de gran tamaño, fétida y supurante, en plena fusión; que produce la destrucción casi completa de la mitad derecha del frontal, y que desciende hasta el dorso de la nariz. La enferma sufre desde hace un año esta lesión; que ha sido diagnosticada por un empírico como un *absceso con gran colección purulenta*.

Aparato respiratorio: Normal;

„ circulatorio: Soplo aórtico muy marcado;

„ digestivo: Diarrea profusa disenteriforme, es la diarrea final de los enajenados.

Aparato locomotor: debido a su gran estado de debilidad no fue posible observar de manera detenida su aparato locomotor; con dificultad se tiene en pié.

Sistema linfático: ganglios inguinales duros e hipertrofiados; axilares y crurales que ruedan bajo el dedo, sin periadenitis; en el cuello existen, pero pequeños del lado derecho, duros y en cadena; al lado izquierdo están hipertrofiados y con reacción pariadentica.

Sistema nervioso: hipoestesia cutánea, con perturbaciones mentales muy marcadas respecto a su facultad de apreciación de las sensaciones, muy semejante a la disociación sirringomiélica. Temblor muy característico de los dedos, vertical y lateral, es el signo del «dactilógrafo»; «semiptosis» parpebral temblor fibrilar de los labios y de la musculatura facial, signo de Magnan o de la trombona, facies paráltico, sin expresión; los

reflejos tendinosos están abolidos (arreflexia). El signo de Ar-  
gil-Roberston es positivo, no hay reacción pupilar a la luz pe-  
ro sí a la acomodación; anisocoria, la pupila izquierda defor-  
mada y más grande que la derecha; signo de Romberg, positi-  
vo.

*Examen mental:* Entra calmada, indiferente; disartria  
completa, tanto para las palabras de prueba como en la con-  
versación ordinaria; di-logia, dislalia y psicolalia, desorienta-  
ción en el tiempo y en el espacio, se cree en su pueblo y al lado  
de su hija; amnesia total, no recuerda su nombre ni su edad, ni  
tampoco el nombre de su hija, con la cual ha vivido siempre.  
No se observa delirio de ninguna naturaleza; hay pérdida to-  
tal de la autocrítica.

Su enfermedad, de marcha rápida, la mantiene eumida en  
la más completa demencia, y es casi imposible hacerla contes-  
tar nada que dé idea de la existencia de algún rastro de men-  
talidad. Hay un derrumbamiento total y completo de las facul-  
tades psíquicas.

Reacciones serológicas: La reacción de Wassermann en la  
sangre fue intensamente positiva † † † †.

*Líquido cefalo—raquídeo.* Hecho el análisis de este líquido  
confirmóse plenamente el diagnóstico de demencia parálitica,  
que clínicamente habíamos hecho en esta enferma. El resultado  
fue el siguiente:

Cantidad.....	15 c. c.
Aspecto.....	Cristalino
Tensión.....	1° 57 m. m., 2° 31 m. m.
Albúmina.....	0,85 grms. por mil
Globulinas:	
Reacción de Nonne.....	positiva † † †
“ “ Noguchi.....	“ † † †
Pleocitosis.....	5 elementos celulares por m. m. c.
Fórmula citológica.....	linfocitos 100%, hasta cuatro elemen- tos celulares por campo microscópico.
Wassermann.....	† † †
Reacción del benjui coloidal.....	positiva en los seis prime- ros tubos

Con perturbaciones esfinterianas, vesicales y rectales, e in-  
fecciones cutáneas muere el 24 de octubre de 1925, en pleno  
marasmo parálítico.

En la necropsia se encuentra una paquimeningitis difusa,  
tipo Bayle Calmeil; esclerosis cerebral y encefalitis inflamato-  
ria de la corteza.

Este caso es una razón de peso a nuestro parecer, en con-  
tra de la teoría de Marie y Levaditi, por la coexistencia de le-  
siones floridas graves, cutáneas y óseas, con una muy típica

demenia de Bayle.

Jeanselme cita un caso de un parálítico general, en su libro "La Sífilis", en el cual se nota la coexistencia de sífilides tuberculoso-ulcerosa del homoplato izquierdo con una afección nerviosa específica. Adrian en una estadística de noventa y seis casos, observa accidentes terciarios graves asociados a la tabes o a la parálisis general; y Regnier de Carle, Hudoverning y J. Guzmán, en sus memorias, anotan esa misma coexistencia. Este último autor cita cincuenta observaciones personales con manifestaciones secundarias y terciarias seguidas de una parasífilis.

Por lo que antecede creemos dejar probada la poca fuerza de la argumentación dualista en lo que se refiere al contraste entre los accidentes primarios y secundarios y la gravedad de las manifestaciones nerviosas en los parálíticos.

C) Levaditi y Marie, aducen para sustentar su teoría, la rareza de la sífilis nerviosa en los países tropicales o subtropicales, cuando los accidentes cutáneos y óseos en esas latitudes son graves y mutilantes.

Para estos autores la existencia de dos clases de treponemas uno neurotrópo y otro dermatópo, es indudable; este último sería el que da origen a la sífilis con manifestaciones cutáneas floridas, de los países tropicales; aquél, es decir el neurotrópo, sería el único que podría explicar la mayor frecuencia de la parasífilis en Europa que en otros continentes.

Jeanselme en la reunión neurológica de 1920, ha desvirtuado este argumento demasiado generalizador de los dualistas. En una excursión al Extremo Oriente en 1900, ha podido observar la rareza de la sífilis nerviosa en los indígenas amarillos, mientras que en los europeos que allí viven es sensiblemente tan numerosa como en Europa. Estos europeos son casi en su totalidad sífilizados por mujeres indígenas; este autor cita una observación muy demostrativa al respecto: Un francés adquiere la sífilis de una mujer anamita con manifestaciones secundarias y terciarias, aparecidas estas últimas diez años después; se trata, mejora y vuelve a Francia, en donde muere parálítico general algunos años más tarde.

Roasenda, cita un caso semejante de un europeo sífilizado por una negra en Tripolitania, atacado de tabes algún tiempo después. Sézary, en asocio de Alibert, estudia detenidamente este problema en la África del Norte, donde las lesiones cutáneas y óseas son constantes, y cita casos de sífilis cutánea, mucosa y ósea con diversas manifestaciones de sífilis nerviosa.

Atrás hemos referido en nuestra estadística personal un caso semejante. Otra de las observaciones que insertamos más adelante, al hablar de la forma maniaco-depresiva de la pará-

lisis general es particularmente interesante: Se trata de un extranjero de raza blanca, que adquiere entre nosotros la sífilis con diversas manifestaciones cutáneo-mucosas, y que en la actualidad está afectado de parálisis general. Raro caso, porque las primeras manifestaciones paralíticas aparecieron pocos años después del chancro, y aún, ya muy cercano a su desenlace fatal se observa la cicatriz de él.

Los casos observados entre nosotros, en número de cincuenta y cinco, en el Asilo de Alienados de este Departamento, del año de 1921 a 1927, en un todo concuerdan con las ideas de Jeanselme, Sésary, Cl. Simon, Alibert, Lacapère, etc.

En nuestro medio la sífilis cutánea y mucosa es frecuente, casi lo ordinario; y se observan toda clase de formas clínicas de esta afección. En una latitud eminentemente tropical, como es Colombia, una estadística como la que presentamos, si no es muy numerosa, es si confirmativa para la tesis unicista.

Jearselme, Sésary y Lacapère, que han estudiado la sífilis exótica en su relación con la parálisis general, apuntan como muy curioso el hecho de que un europeo contaminado de sífilis exótica, evoluciona en su enfermedad como europeo y sin las manifestaciones exóticas; y un indígena sífilisado por el treponema europeo, evolucione en su sífilis con un sello característicamente indígena. Esto es evidente, el treponema no hace su evolución característica rigiéndose a sus cualidades bioquímicas propias, sino a las características reaccionales propias del tejido en el cual se siembra; de aquí la afirmación de Sésary que el papel del grano es de menor importancia que el del terreno.

Schuzo-Kure de Tokio, asevera que en el Japón es hoy la parálisis general más frecuente que hace veinticinco años, y afirma que en la actualidad el 18% de los internados en los Asilos de locos son paralíticos generales. Sin duda alguna un elemento distinto de la sífilis existe, que hace que hoy con más frecuencia que antes, el treponema se oriente hacia los centros nerviosos; ese algo más, es el terreno, que bajo la denominación de raza, o por las intoxicaciones, el agotamiento nervioso, o la cerebralización de Kraft-Ebing, adquiere en la actualidad una importancia preponderante. Para Sésary, el aumento constante de la neurosífilis se debe a la madurez o envejecimiento de la sífilis a través de las edades; el papel del virus sería *vraiment negligible*, el del terreno de una importancia secundaria. Ya vemos que para nosotros este aparte de la teoría de Sésary no tiene la importancia que el autor le asigna.

Para comprobación de su aserto, este autor se funda en la estadística de Meilhon, el cual en el asilo de Aix, en un lapso de tiempo comprendido entre 1860 y 1877, no ha observado un solo caso de parálisis general; en tanto que de 1877 a 1889

observa trece casos bien comprobados. Maire y Raymond anotan también el hecho de observarse un aumento creciente de las afecciones nerviosas sífilíticas, en los últimos años, en Argelia y Marruecos. Charles André anota un hecho semejante para la América Central; y con Brissaud, admite una idiosincrasia particular de los pueblos indígenas para la sífilis nerviosa. Lacapère explica la resistencia de los indígenas para la sífilis nerviosa, por la falta de intoxicación etílica, por la baja presión arterial y por la contaminación de la sífilis en esas latitudes desde temprana edad.

Antes de seguir adelante debemos consignar el hecho siguiente: La sífilis exótica, tanto entre nosotros como en todos los países tropicales, está muy lejos de evolucionar siempre hacia el dermatotropismo. Raynaud, Lacroix, Beraud, Boutin y Brossonière, [Boletín de la Sociedad de Dermatología y Sifilografía de París, febrero y julio de 1926] estudian este hecho en Argelinos, primero en sesenta y ocho casos y luego en trescientos veinticuatro exámenes del líquido cefalo-raquídeo, en sífilíticos secundarios, y observan un ataque casi constante del sistema nervioso, comprobado por la pleocitosis y la hiperalbuminosis. Lévy-Valensi, Sézary y Mompellier de Argel, están de acuerdo en reconocer este hecho, que para Lacapère es debido sólo a una acción reaccional general del organismo contra la generalización treponémica.

En su libro "La Sífilis Nerviosa", de 1926, Sézary estudia en detalle las causas que han podido influir para explicar la resistencia de los pueblos tropicales a la sífilis nerviosa.

En primer lugar la «civilización», sostenida por Kraft-Ebing desde 1897, aceptable para europeos de vida intelectual activa, expuestos al debilitamiento general de todo género, es sin duda una de las causas adyuvantes más importantes para la explicación de la sífilis nerviosa. Entre nosotros esta concepción sufre modificaciones muy interesantes. Es verdad que un aumento se ha notado en la frecuencia de la sífilis nerviosa, pero este aumento se hace en lo que respecta a la parálisis general, especialmente en los campesinos, muy poco expuestos al agotamiento mental, que en definitiva es lo que la civilización trae consigo. Tal es también el pensamiento de Babinski, quien hace notar que la parálisis general se encuentra en todas las clases sociales, particularmente en gentes cuyas ocupaciones no exigen un intenso trabajo cerebral. Por raciocinio la tabes sería en tre los árabes mucho más común, como lo dice este autor, por su mayor agotamiento medular a que están expuestos, debido a sus excesos genésicos; y sin embargo este hecho no ocurre.

Nuestra estadística arroja un 80% de parálisis generales, cuyas ocupaciones o artes requieren muy poco esfuerzo mental,



en su mayoría son agricultores, campesinos todos, en los cuales el agotamiento cerebral es incapaz de explicar la neurosífilis. Conforme a nuestras observaciones la hipótesis de la *civilización* de Kraf Ebing, tiene un valor muy secundario en nuestro medio.

El concepto de *raza* es suficiente por sí mismo para explicar el determinismo o la orientación del treponema a un órgano determinado?

Si la mayoría de las veces en la raza blanca o mejor dicho en los pueblos cultos, civilizados, se ve con más frecuencia la sífilis nerviosa, no es propiamente por la raza a que pertenecen sus individuos. Se alega que la raza negra es más refractaria a la sífilis que cualquiera otra; pero como afirma Schoube a veces los negros son más duramente castigados y pagan un tributo más pesado a esta enfermedad.

La estadística de nuestras observaciones en lo referente a la raza es la siguiente:

Raza blanca.....	68%	de P. G.
Raza meztiza.....	18%	" " "
Raza mulata.....	8%	" " "
Raza negra.....	6%	" " "

A pesar de que el número de nuestros enfermos es todavía insuficiente para sacar una conclusión definitiva, el hecho da margen si no a admitir como muy bien fundado el concepto de raza en la patogenia de la parálisis general en los países tropicales, si se presta a serias reflexiones al respecto.

Por una especie de contradicción, cuya explicación se nos escapa, ya desde el punto de vista étnico, como desde el punto de vista de la cerebralización de Kraft-Ebing, es más aceptable para nosotros, de acuerdo con nuestra estadística, la noción de raza en la etiología paralítica que no la cerebralización.

Sólo hablamos conforme a lo que demuestran nuestras estadísticas. Si el hecho no es admitido por la mayoría de los autores, y que parece ser lo verdadero al menos para Europa, la explicación habrá que buscarla en otra parte. Quizás en la insuficiencia del tratamiento.

Pero el concepto de *raza* es incapaz también de explicar el notorio aumento de la demencia paralítica. Esto es admitido por autoridades como Lacapère, Sézary, Schuzo-Kure, Meilhon Sicard, Raynaud de Argel y el mismo A. Marie. En los chinos, Jeanselme ha observado que los habitantes de los puertos y con especialidad los marinos son los más comunmente atacados de sífilis nerviosa.

Ni el *alcoholismo*, piedra de toque para Magnan que hacía de él la causa única, la razón etiológica de la parálisis general, admitido como causa predisponente de primer orden por Four-

nier y negado por Dupré, ni la hipotensión arterial de Lacapère, ni la precocidad de la contaminación son capaces de explicar la resistencia de ciertas razas a la neurosífilis.

El gran problema de la actualidad, el magno descubrimiento de Jauregg, defendido por Legrain, Marie y Chévalier, Mat-tausch-k y Pilcz, del paludismo en el tratamiento de la parálisis general, no parece explicar, ni con mucho, esta pretendida inmunidad. Es frecuente el hecho de verse paralíticos generales palúdicos o en plena evolución aguda del hematozoario; al menos así se desprende de lo que hemos observado. Más de un 40% de nuestros paralíticos han venido al Asilo palúdicos agudos o crónicos. Del mismo pensamiento son Sézary y Barbé, quienes observan cuatro paralíticos generales de Macedonia sífilisados y palúdicos en la misma época, casi sin tratamiento antipalúdico, en los cuales el hematozoario fue incapaz de prevenir la aparición de los fenómenos paralíticos. Marcel Pinard, Sabouraud y Gougerot son de la misma opinión.

Ya hemos visto que Sézary se explica la resistencia a la sífilis nerviosa, inherente, pero sin ningún carácter de absoluta certeza, de las razas o pueblos de los trópicos, por el envejecimiento de la sífilis a través de las edades, unido a otros factores como el tratamiento insuficiente, la cerebralización etc. «A medida que la sífilis envejece en Europa, dice, se hace cada vez menos florida y ataca más el sistema nervioso» Parece, según se desprende de su argumentación, que el neurotropismo y el dermatotropismo son únicamente fases evolutivas de una misma enfermedad, con formas de transición bien marcada y que pueden coexistir en una misma región. «No vemos, agrega, el reumatismo articular agudo hacerse cada vez menos artrotropo y más cardiotropo?, la tuberculosis afectar una evolución aguda en algunos pueblos indígenas, no contaminados hasta entonces por el bacilo de Koch, y tomar por el contrario una forma crónica en pueblos infectados desde hace siglos?» Jeanselme, se pregunta cuando alguien ha pensado en admitir dos razas de bacilos de Hansen, una neurotrópa y otra dermatópa, lo que sería contrario a los hechos, toda vez que la transformación de la lepra florida de los tegumentos en lepra nerviosa es de observación corriente.

Una causa accesoría, que con el envejecimiento de la sífilis en el transcurso de las edades, aducen Sézary, Oppenheim, Gernerich, Gartner, etc., es la insuficiencia del tratamiento. Un tratamiento insuficiente, escribe el primero de estos autores, (Presse Médicale, 10 de Abril de 1926), no puede ser sino peligroso y probablemente más nocivo que la abstención terapéutica, porque pone a raya las lesiones cutáneas cuyo desarrollo no habría podido sino favorecer la inmunidad, sin destruir

todos los treponemas, y abandona el organismo después robándole sus defensas naturales.

Para la explicación del aumento constante de la parálisis general en nuestro medio, el más valioso argumento para nosotros es la insuficiencia del tratamiento, unido a otras circunstancias predisponentes como la raza, las intoxicaciones de todo género, las taras hereditarias o adquiridas, que hacen los centros nerviosos más débiles para resistir la acción de la sífilis. Nuestros campesinos, ignorantes por demás, puestos en tratamiento, cuando se ven curados de su lesión inicial consideran inútil su prosecución; con lo cual el único resultado, dañino siempre, es la falta de formación de los anticuerpos y la evolución sorda, sin alarma, hacia la neurosífilis.

Lejos de admitir la teoría de Sézary del envejecimiento de la sífilis al través de las edales—que para nosotros podía ser más bien al través de los tratamientos insuficientes, la consideramos incapaz de explicar el aumento de la parálisis general en América. La hipótesis del origen precolumbino de la sífilis refuta a Sézary de manera satisfactoria. A. von Notthafft, en Munich en 1907, ha defendido con brillo la teoría del origen americano de la sífilis; Dohi de Tokio, es de la misma opinión. Díaz de Isla y Oviedo en 1493, aseguran que la sífilis fue importada de América a España, y el padre de las Casas en su Historia General de las Indias, citado por Jeanselme, dice: «Me he tomado el cuidado de preguntar a los indios si la sífilis era muy antigua entre ellos y me respondían que existía ya mucho tiempo antes de la llegada de los cristianos, sin que se tuviese recuerdo de su origen».

Esta hipótesis muy probable para Jeanselme, la sustenta con argumentos sacados de un trabajo publicado en Lima en 1909 por el doctor Julio C. Tello.

Si aceptamos como más verídica entre todas las hipótesis actuales el origen americano de la sífilis, es de todo punto imposible que la teoría de Sézary descifre el problema del continuo aumento de nuestros paralíticos generales. Otro elemento y no el envejecimiento de la sífilis, existe capaz de dar la explicación; para nosotros es debido a la insuficiencia del tratamiento y accesoriamente al aumento de civilización. Entra también como factor, aunque secundario, nuestro cruzamiento de razas, que en sentir de algunos sociólogos se ha negado a producir tipos de selección. Esta opinión es sostenida desde hace tiempo por Montpellier de Argel, quien fundado en argumentos valiosos niega la teoría de Sézary, pues parece cierto que si la sífilis africana si no es mayor en edad que la sífilis europea, su aparición si fue por lo menos simultánea. Para Montpellier la clave de esta discutida cuestión estriba en la especiali-

zación del treponema (es dualista) y en la hiperalergia cutánea de las razas de los trópicos.

De estas largas disquisiciones y citas de autores sostenedores de una y otra teoría, sólo resulta que en la actualidad ninguna noción definitiva ha sido adquirida para la explicación de la patogenia de la sífilis exótica en el origen de la parálisis general.

D). Para los dualistas, la existencia frecuente de la sífilis nerviosa conyugal y familiar, hace pensar en una raza especial de treponema que tenga predilección por el sistema nervioso. Este es un argumento de positivo valor y uno de los más poderosos que contra el unicismo se haya presentado. Si pudiera hacerse abstracción del elemento terreno, que como veremos tiene enorme importancia, amén de un sinnúmero de circunstancias predisponentes, sería real y sin motivo de discusión la teoría dualista.

A. Marie y Beaussart, en el Asilo de Villejuif, han logrado reunir en el transcurso de cinco años 27 casos de sífilis nerviosa conyugal bien comprobados. En 26 matrimonios, dice Marie, el marido estaba atacado de enfermedad de Bayle, una sola vez se trataba de demencia sífilítica; en 13 casos de los relatados se descubrieron antecedentes específicos y en casi todos la reacción de Wassermann fue positiva. En 11 casos la mujer se encontró afectada de parálisis general confirmada y en 5 de tabes incipiente, más o menos avanzada.

En las observaciones de Marie y Beaussart, según comenta Simón, parece que once mujeres estaban afectadas de sífilis meníngea, que siendo como es una sífilis mesodérmica, infirma la teoría dualista, sea o no coexistente con otra manifestación encefálica o medular específica. A. Marie, cita dos casos de parálisis general juvenil, hijos de paralíticos generales: el segundo de ellos se refiere a un joven de 18 años, hijo de madre muerta de perimeningoencefalitis, nacido en el mismo Asilo. De la misma naturaleza son los casos citados por Queyrat, Millian Babinski, Jeanselme, Cl. Simón, Guillain, etc., que tienden a dar comprobación y fuerza de verdad a la teoría dualista; y que algunos de ellos mismos consideran como simples coincidencias por el aumento de la sífilis nerviosa.

No es extraño que individuos que llevan igual género de vida y conviven en las mismas condiciones, se hagan por la influencia del medio a una misma forma reaccional, si no específica, al menos suficiente para hacer que a veces una enfermedad evolucione en ellos de la misma manera; que esa misma fuerza reaccional verifique cierta orientación del treponema hacia un órgano determinado.

Guillain, Périson, y Thevenard, publican el caso de una fa-

milia, padre y madre tabéticos y su hijo con midriasis bilateral, signo de Argill positivo, como signos de una sífilis nerviosa hereditaria juvenil. Goldmith, en 1885, observa un caso de un matrimonio muertos ambos cónyuges de parálisis general.

En contra de estos casos de neurosífilis conyugal y familiar, se han publicado otros no menos autorizados que prueban la teoría unicista. Renaud cita el caso reciente de una neurosífilis familiar colateral, en dos hermanos parálíticos generales no contaminados en la misma fuente; Sézary, que combate la teoría dualista, ha publicado en estos días con Margeridon una historia clínica muy demostrativa: Se trata de una mujer en la cual el diagnóstico de tabes dorsal era evidente; esta mujer casada con un hombre que murió parálítico general tuvo dos hijas, la primera muere pocos meses después de su nacimiento, luego de haber sufrido una erupción que curó por las fricciones mercuriales; su segunda hija nace a término en 1904, con una erupción generalizada, que cede al tratamiento mercurial; sufre a la edad de once años una keratitis específica y una artritis; a los doce años, y en el curso del tratamiento mercurial para su artritis y keratitis, le sobreviene una lesión específica nasofaríngea, que termina por una perforación del paladar; además, se observa la ausencia del apéndice xifoides. La teoría dualista es incapaz de explicar este hecho de localización nerviosa en los padres, y cutánea, corneana y ósea heredosifilítica en la hija.

E) En realidad son muy sugestivos, a veces demasiado sugestivos, los casos que corren publicados en la literatura médica sobre parálisis general o sífilis nerviosa, contaminados en la misma fuente. De este argumento dualista hace Cl. Simon, en un artículo publicado en la Revista de Sifilografía y Dermatología de París con el título de «Pluralidad de los Virus Sifilíticos», una crítica muy notable: Erb, cita cinco hombres sin ningún parentesco entre sí, infectados por la misma prostituta, muertos de parálisis general; Nonne habla de tres amigos, sifilizados por la misma mujer pública, dos de ellos muertos de enfermedad de Bayle y uno de tabes dorsal; Brossière cita el hecho de siete sopladores de vidrio infectados por un camarada por la cánula del soplete, muertos cuatro de ellos de parálisis general o de tabes; Babinski habla de un caso semejante, acaecido en dos estudiantes amigos, infectados por una querida común, muertos de parálisis general quince años después; Mott observa dos hermanos de leche infectados por la misma nodriza, muertos de meningoccefalitis difusa; en las observaciones de Marie y Baussart se encuentra el caso de dos hermanos gemelos infectados por una amante común, y el de dos hermanos contaminados en fuente semejante, muertos de parálisis general y ta-

bes: la conocida historia de Marta X, publicada por Morel-Lavallée, en la Revista de Medicina de París en 1893, es de suma importancia: en 1870, Marta contrae la sífilis y la transmite a su amante A estudiante de medicina; tres años después A. muere de meningitis sífilítica. En 1871 Marta sífilisa a su segundo amante B., también estudiante de medicina; un mes después abandona este amante y vive maritalmente con C., por espacio de cuatro años; en este lapso de tiempo presenta dos abortos. B. contrae matrimonio y en él tiene dos hijos; quince años después, B. empieza a delirar, internado en Charenton muere en 1888, de enfermedad de Bayle; su tercer amante C., nueve años después de sífilizado se torna triste, disártrico, e internado en el Asilo de Lozère, muere en 1882 también parálítico general. Algunos años después Morel-Lavallée, sabe que esta mujer infecta a D farmacéutico, y a E. ingeniero, los cuales mueren también de parálisis general. Goldmith en 1885 conoce un matrimonio en el cual ambos cónyuges mueren parálíticos generales, 8 y 10 años después del matrimonio, respectivamente. Un hombre sífilítico transmite la enfermedad a su mujer y a su cuñada, y mueren seis, ocho y siete años después, respectivamente, de parálisis general; cuatro zuavos en Argelia son sífilizados por la misma mujer, y la misma noche adquieren una sífilis grave, dermatopá; dos de ellos mueren en Argelia de meningitis sífilítica, y dos en París, uno parálítico general y el otro tabético.

Ante casos tan impresionantes como los que dejamos relatados, Levaditi y Marie concluyen: «Un mismo virus, tomado en la misma fuente, provoca tarde o temprano, en individuos sin parentesco alguno, lesiones nerviosas como la tabes o la parálisis general. De esto, a admitir una variedad de treponema con afinidad neurotrópica, sólo hay un paso; fue dado por Nonne, Erb y Mott, partidarios del neurotropismo, mucho tiempo antes del descubrimiento del treponema en la corteza cerebral, en la sangre y en líquido céfalo-raquídeo».

Contra estas afirmaciones de los dualistas, que con sus observaciones clínicas pretenden dar base firme e inmovible a su teoría, los unicistas oponen observaciones igualmente de mostrativas en favor de su tesis. En su notable 'Revista General Crítica' Cl. Simon objeta las observaciones de los dualistas; comentando las observaciones de Marie y Baussart, de los dos hermanos gemelos infectados en la misma fuente, da mayor importancia al terreno favorable para las determinaciones nerviosas, que de seguro ha influido en este caso, que al mismo germen productor de la enfermedad. Además, la primera víctima de Marta X, murió de una meningitis sífilítica, afección producida por el virus dermatropo; lo mismo que los zuavos

argelinos atacados de sífilis grave *d'emblée*, es decir de sífilis dermatropa, lo que infirma a las claras la teoría de Levaditi y Marie.

Entre las observaciones que publican los unicistas figuran entre las más importantes, las siguientes: Cl. Simon, conoce y publica el caso de dos hermanos paralíticos generales infectados en fuentes distintas; Sézary, Millian, Sicard y otros autores y el mismo Jeanselme observan casos semejantes. Una de las observaciones de esta tesis, se refiere a un enfermo, C. M., que sufre una parálisis general de forma expansiva, actualmente en pleno gatismo paralítico. Por su primer médico tratante se supo que la mujer contaminadora, al mismo tiempo que a C. M. sífilis también a P. R., el cual muere de sífilis nerviosa delirante (parálisis general?). Ambos enfermos sufrieron una sífilis florida, lo mismo que la mujer infectante. Esta mujer muere algunos años después de una afección que nada tiene que ver con la sífilis nerviosa. Sicard se pregunta por qué en las observaciones de los dualistas no se hace mención de la suerte que haya corrido la mujer contaminante. Esto carece de importancia para Levaditi y Marie, ya que "transmitir un treponema neurotrofo y conferir así la parálisis general o la tabes, no quiere decir que la contaminante evolucione fatalmente a una sífilis nerviosa".

El elemento terreno se afirma cada vez con mayor preponderancia en la génesis de la parálisis general, como se desprende de las anteriores observaciones; el germen productor de la enfermedad, evoluciona en uno o en otro sentido según la forma reaccional del terreno en el cual se siembra.

Como se ve ambas tendencias poseen argumentos clínicos valiosos para la defensa de su doctrina; pero es imposible en la actualidad sacar una conclusión para inclinarse, sin faltar a la verdad de los hechos, hacia una u otra hipótesis. El tiempo y la adquisición de nuevos datos clínicos, quizás sean los únicos que resuelvan el problema.

P) La ineficacia del tratamiento por los más poderosos antisifilíticos, es de observación corriente para la parálisis general y la tabes, cuando en cambio es eficazísima en la sífilis visceral y cutánea. Este hecho es un nuevo argumento de los dualistas.

La ineficacia del tratamiento no reside en la naturaleza misma del germen, sensible por demás a las medicaciones antisifilíticas, sino en la naturaleza del terreno sobre el cual se ha sembrado. En efecto los treponemas que Levaditi y Marie han extraído de la sangre de los paralíticos generales, producen en el conejo, cuando no la espiroquetosis cutánea, experimental y espontánea, producida por el *espiroquetac cuniculi*, lesiones

tan fácil de tratar como las que produce el virus dermatropo. (Es un nuevo caso de aplicación terapéutica importante, de valor indiscutible del elemento terreno)

Sicard emite una teoría que Ravaut acoge como plausible.

El tratamiento antisifilítico de la hemiplegía, la paraplegía, la meningitis, es tan oportuno y eficaz como en la sífilis cutánea, visceral y ósea, debido a que las lesiones son vasculares; en tanto que en la enfermedad de Bayle y en la de Douchenne, las lesiones son primitivamente nerviosas, es el parénquima nervioso mismo el que está atacado y las lesiones meníngeas son secundarias. El protoplasma de las células nerviosas es rico en lecitinas, en grasas fosforadas y en lipoides diversos; esto le da una constitución química particular al sistema nervioso, en donde el treponema adquiere caracteres especiales de defensa, que lo ponen a salvo de la acción terapéutica de los antisifilíticos clásicos.

Para Levaditi y Marie la razón de esta paradoja reside en el organismo mismo del individuo y no en el espiroqueta. En el caso del hombre al conejo, estos eminentes sabios han observado treponemas procedentes de sífilides que resistían a toda terapéutica; por su inoculación al conejo adquieren una propiedad humoral nueva, que los hace accesibles al tratamiento ordinario por el Salvarzan. Con Yamanouchi, Levaditi vuelve a las experiencias de Erlich y demuestra que el atoxil no obra *in vitro* sobre los tripanosomas y sí los destruye una vez introducido en el organismo. Pero si *in vitro* se agrega tejido hepático, se forma un nuevo compuesto que ellos llaman *tripanotoxil*, altamente tripanocida. De aquí concluye, que una vez el medicamento antisifilítico introducido al organismo sufre transformaciones especiales, que pueden variar de un órgano a otro y también en un mismo individuo de acuerdo con múltiples circunstancias. Al sistema nervioso le falta esa aptitud para transformar los medicamentos en *sub-principios*, y esto da la razón de la resistencia al tratamiento de la sífilis nerviosa. La existencia de los virus arsenorresistentes es para Levaditi algo muy hipotético, más bien se trata de organismos más o menos aptos para transformar estos medicamentos. Sézary se explica el hecho de la resistencia al tratamiento de la sífilis nerviosa por el poder reductor del tejido, nervioso, poder demostrado por H. Roger. Porque los medicamentos antisifilíticos obran, según Roger, mediante oxidaciones enérgicas.

Marinesco, quien estudia este mismo punto, afirma que ninguno de los antisifilíticos hasta ahora conocidos va más allá de las primeras capas de la corteza cerebral después de su introducción en el torrente circulatorio. Además, se ha demostrado que los treponemas se encuentran entre la cuarta y la sexta



capa nerviosa; es evidente, que si el principio activo no llega a ponerse en contacto con el germen su eficacia es nula.

Sobre este principio basa el ilustre neurólogo rumano toda la explicación de este misterio. De aquí su tratamiento original por las inyecciones intrarraquídeas de suero salvarsanizado. Así, introducido directamente y puesto en contacto con la célula nerviosa, esperaba Marinesco que el principio activo penetrase hasta ponerse en contacto con el treponema.

El tratamiento de Marinesco fue considerado además de peligroso, completamente ineficaz para el tratamiento de la parálisis general.

G). Cuando estudiamos el contraste entre los accidentes primarios y secundarios de la sífilis y la gravedad de las manifestaciones nerviosas en los paralíticos, dejamos suficientemente dilucidado el argumento que de la rareza de la coexistencia de la parálisis general y de las manifestaciones cutáneas y viscerales sífilíticas hacen los dualistas para sustentar su teoría. Nos queda sólo por agregar que esta pretendida rareza, no tiene la importancia que se le ha asignado. Sézary, observa doce paralíticos generales atacados de lesiones aórticas específicas; Babinski nota el signo de Argill-Roberston positivo en gran número de aórticos, y Simon cita el caso de un enfermo con signos tabéticos y lesiones cutáneas manifiestas, concomitantes.

#### H). ARGUMENTOS DE ORDEN EXPERIMENTAL

Para los defensores de la existencia de un virus neurotrofo, la argumentación experimental puede por sí sola probar hasta la evidencia la verdad de la teoría dualista.

Aunque no exentos de crítica, como vamos a verlo, los experimentos de Marie y Levaditi han dado un avance innegable a la patología general, experimental y comparada de la sífilis. Hechos éstos con extrema curiosidad, sus deducciones no dejan de chocar contra objeciones que los partidarios del unicismo les han planteado. En nuestro concepto, estos experimentos no han llegado a explicar suficientemente la teoría dualista, ya que, como dice Jeanselme, una duda planea o se cierne por encima de los resultados, lo cual hace que éstos sean acogidos con muchas reservas.

Con Cl. Simon, Sézary, Jeanselme y Sicard trataremos de comentarlos.

Landsteiner y Potzel ha conseguido primero que ningún otro, provocar la aparición de una lesión localizada, mediante la inoculación a un mono de una emulsión de materia cerebral recogida en un paralítico general. Pero el resultado de este experimento fue tan confuso, que ni sus autores, ni Levaditi qui-

sieron reconocerle un verdadero valor experimental. Si este experimento de Landsteiner y Potzel hubiese resistido a un análisis crítico, sería, dice Simon, la mejor prueba experimental de la naturaleza sífilítica de la enfermedad de Bayle.

Los experimentos hechos por inoculaciones al conejo fueron más felices, a pesar de que este animal es menos apto por las causas de error a que puede prestarse para esta clase de estudios. Con materia cerebral recogida *in vivo*, Noguchi, Forster, Tomaczewski, Berger, Nichols y Hough, Wile, Uhlenhuth; y este último biólogo con Mulzer, Wolk y Pupenhein, Arzt y Mat-tauschek, por medio del líquido céfalo-raquídeo de paralítico general, han inoculado muchos conejos, cuyos resultados fueron publicados de 1913 en adelante.

Las propiedades diferentes que Marie y Levaditi, L. Fournier y A. Schwartz han encontrado en ambos gérmenes mediante estos experimentos, les ha permitido su diferenciación en dos razas de treponemas bioquímicamente distintos. Diferencias estas que residen en el período de incubación, el aspecto de las lesiones, la evolución, la virulencia y la impureza cruzada.

La primera cuestión o sea el período de incubación, es diferente para ambos treponemas. Los gérmenes extraídos de la sangre de parálíticos generales producen lesiones en el conejo, en las cuales puede demostrarse la existencia del treponema al cabo de cuatro meses y medio al máximo, y de cuatro a seis semanas al mínimo. Al contrario, la incubación de treponemas recogidos en chancros o en sífilides secundarias [dermotropo], germinan de cinco a seis semanas al máximo y de quince días al mínimo. Para los dualistas esta diferencia de incubación es una nota tan característica que por sí sola trae a la mente el concepto de la existencia de dos razas de treponemas.

Wile, citado por Cl. Simon ha encontrado operando con treponemas recogidos en la corteza cerebral de parálíticos el período de incubación de quince a veintidós días al máximo, lo que contradice de manera manifiesta este argumento de los dualistas. Además, según F. Jahnel, el período incubatorio puede variar en la misma sífilis humana, lo mismo que en la sífilis experimental. De aquí que haya de tomarse como muy poco probatoria la siguiente conclusión a que llegan Levaditi y Marie: «La duración del período de incubación para el virus neurotrófico inoculado al conejo, ya se trate de la primera transmisión [origen humano] o después de pasos sucesivos por conejos, es sensiblemente mayor que la que precede a la aparición de los accidentes engendrados por el virus dermatropo».

La forma de las lesiones a que dan origen en el escroto del conejo, imprime para Levaditi y Marie, caracteres diferencia-

les a ambos treponemas. Las lesiones producidas por el treponema dermatropo son profundas, ulceradas, con base cartilaginosa, cubiertas de costras y que interesan a la vez el escroto y la vaginal; las que produce el treponema neurotropo son superficiales, cubiertas de escamas y rodeadas de infiltración dérmica.

No obstante autores como Papenheim y Wolk, Arzt y Maltauschek, han podido obtener verdaderas eflorescencias por la inoculación del líquido céfalo raquídeo de paráliticos generales. Esto prueba que no se puede admitir este argumento como arma de diferenciación, entre ambos treponemas.

La evolución tampoco sirve para diferenciarlos, pues aun cuando se ha observado algunas ocasiones que las lesiones que el treponema neurotropo produce, demoran desde 89 a 195 días para ceder al tratamiento, se han visto también lesiones producidas por el treponema dermatropo resistir varios meses para su curación completa.

Respecto a la virulencia, los partidarios de la teoría dualista han querido ver en ella una diferencia especial, que permite suponer la existencia del virus neurotropo. En efecto, han realizado sugestivos experimentos que nos permitimos resumir tomados de la publicación de Cl. Simon.

Por la inoculación al mono del germen dermatropo, patógeno para el hombre, trasgados de chancros de conejos en experiencia, se ha obtenido un resultado siempre positivo, luego, concluye Marie, este treponema es patógeno para el hombre y el mono. Ahora bien, un segundo experimento consistente en la inoculación de productos chancrosos, obtenidos mediante la inoculación al conejo de sangre de parálitico general, a monos antropoides y a un hombre que se prestó voluntariamente a este experimento, fue totalmente negativo. La conclusión, de Levaditi y Marie no podía ser más lógica: El espiroqueta neurotropo no es patógeno ni para el mono ni para el hombre.

¿Pero entonces, cómo se verifica el contagio de hombre a hombre? Este experimento de Levaditi y Marie se opone a sus afirmaciones de que el contagio queda plenamente asegurado por el chancro y las sífilides secundarias, que aunque discretas, son suficientes. Sicard es de opinión que un tal germen está, según estas deducciones, condenado a desaparecer. Este autor reprodujo los experimentos de Kraft Ebing y como él, afirma que el parálitico general está inmunizado contra la inoculación del virus dermatropo del chancro ordinario.

Es pues de todo punto imposible, dados estos experimentos de los dualistas que nada en definitiva nos prueban, concluir en la existencia de un virus neurotropo.

Los experimentos sobre inmunidad cruzada que Levaditi y Marie han practicado en el conejo son muy interesantes, pero sujetos como vamos a verlo, a graves objeciones. Estos experimentos han sido practicados siempre en conejos con dos clases de treponemas: el treponema de Truffi, reconocido esencialmente dermatropo, y el treponema neurotropo de la sangre de paralíticos generales. Cl. Simon, objeto estos experimentos, fundándose especialmente en su número muy reducido y en el poco tiempo de observación en la única, que aún para los unicistas fue irreprochable. Klarembeck, también opone serias objeciones a estas teorías de los dualistas, fundado en la observación de una enfermedad que se encuentra comúnmente en el conejo, producida por un treponema idéntico al treponema pálido, *el espiroquetae cuniculi*. No obstante estas objeciones Levaditi y Marie llegan a la no bien aceptable conclusión siguiente: «Los conejos curados de la infección producida por el virus neurotropo y vacunados contra ese mismo virus, son receptivos para el germen dermatropo e inversamente». Si los dos treponemas, agregan, el de la sífilis habitual y el de la parálisis general idénticos, este estado refractario se manifestaría, no solamente con el germen dermatropo, sino también con el espiroqueta de la parálisis general.

Para Klarembeck estas objeciones no tienen valor, mientras que no se posea la certeza de que la reinfección de un conejo curado para un virus sea imposible. Brown y Pearce han demostrado esta reinoculación, siempre que se use un treponema de mayor virulencia que el que sirvió para la primera inoculación. L. Fournier y A. Schwartz llegan a esta misma conclusión.

Estos hechos relativos a la inmunidad cruzada son contrarios dichos por los experimentos de Kraft-Ebing y Sicard en lo referente al hombre. En efecto, para Levaditi y Marie, el hombre, contrario a lo que pasa en el conejo, posee la inmunidad cruzada, es decir, que inoculado con un virus neurotropo se hace refractario para una segunda inoculación de ese virus, pero permanece sensible para la inoculación de un virus dermatropo, y recíprocamente. Entonces cómo se explican los experimentos de Kraft-Ebing y Sicard? Si la concepción dualista es incapaz de dar esta explicación no queda más remedio que aceptar una de las premisas de la siguiente disyuntiva: o la teoría dualista no está comprobada experimental y clínicamente, o los treponemas inoculados por Kraft-Ebing y Sicard recogidos en chancros y sífilides secundarias eran en su totalidad de origen neurotropo, cosa evidentemente muy poco probable.

Es evidente que las teorías dualistas por sugestivas que sean no resisten a una crítica formal y serena de los hechos, y en los cuales la existencia de un virus neurotropo casi se impo-

ne al espíritu, si clínicamente, algunos casos de esta naturaleza han sido observados por los dualistas, otros de igual importancia han sido observados por los unicistas que contradicen e impugnan la teoría de la existencia del treponema neurotropeo. Además los experimentos que aducen en apoyo de su aserto, muy ingeniosos y bellos, no logran ponerse a salvo de una crítica bien dirigida, ni sus conclusiones están exentas de error.

El estudio de la espiroquetosis cutánea del conejo que autores como Ross, Bayon, Arzt, Kerl, Jacobsthal, Schereschensky, Koll, Rupert y Moebius, y especialmente Klarenbeck, han llevado a cabo en los últimos años, ensombrecen y falsean los experimentos de los dualistas por la identificación que se ha encontrado entre esta enfermedad espontánea del conejo, y la que produce el treponema neurotropeo en inoculación a aquel animal. «Si un día, dice Cl. Simon, la teoría dualista es demostrada, será mediante la experimentación en el mono y en el hombre. El conejo debe ser abandonado desde ahora como animal de experiencia en lo que concierne a la sífilis».

Hay un organotropismo para cada microbio, que les hace desarrollarse particularmente en un órgano determinado sin que por eso se vea la necesidad de admitir razas diferentes en un mismo microbio. Bezangon y Griffon lo han observado para el estafilococo: Si se inocula un estafilococo varias veces en las articulaciones de un animal, acaba por obtenerse un micrococo exactamente el mismo que se usó para la primera experiencia, que inoculado a un animal tiende siempre a germinar dando artritis.

Sin tener que admitir una clase de treponema neurotropeo, los pasos sucesivos al través de organismos de reacciones distintas, las condiciones de raza, y en fin las influencias del terreno, hacen que el espiroqueta sufra una orientación particular, un organotropismo hacia los centros nerviosos que día por día pierden más sus defensas naturales. Es una pura cuestión de sociología microbiana.

### CAUSAS PREDISPONENTES

A la causa fundamental productora de la enfermedad de Bayle, se han agregado un sinnúmero de causas predisponentes, tales como la edad, el país, la raza, la profesión, las condiciones sociales, el sexo etc., para explicar su creciente aumento. Estas causas, algunas de las cuales hemos dejado delineadas atrás y estudiado en parte su papel etiológico, son solamente causas accidentales y de ninguna manera puede atribuírseles un papel principal.

*EDAD.* Los primeros observadores notaron la frecuencia de

la parálisis general entre los 45 y los 50 años de edad en los individuos. Calmeil y Bayle observaron hechos semejantes. Más tarde, observaciones de algunos grandes maestros permiten concluir que un descenso cada vez más marcado se nota en la edad, en que la parálisis general es más frecuente. Régis la observa casi siempre entre los 35 y los 40 años, es decir, en la cúspide misma del vigor mental del individuo,

Nosotros hemos podido observar que la edad en la cual es más frecuente la parálisis general, en el Asilo de Alienados del Departamento de Antioquia, se acerca mucho a lo observado por Calmeil y por Bayle. En un total de 55 enfermos la edad se distribuye de la manera siguiente:

De 10 a 20 años.....	2
" 20 " 30 " .....	12
" 30 " 40 " .....	8
" 40 " 50 " .....	21
" 50 " 60 " .....	7
" 60 " 70 " .....	4
" 70 " 80 " .....	1

Total            55

La proporción de 38,2% que hemos observado se acerca visiblemente a lo que observaron los viejos maestros.

Ante todo queremos dejar constancia de que no pretendemos sentar doctrina en lo referente a la edad, por ser la estadística de nuestros enfermos un tanto reducida; sino que solamente nos ceñiremos a lo que recen nuestras observaciones en lo referente a edad, raza, herencia, estado civil y profesiones.

*La parálisis general infantil* no la hemos observado, y según Moussous, Toulouse, y Marchand es muy raro encontrarla. Lévy-Valensi y H. Claude citan dos casos de parálisis general infantil de larga duración. La parálisis general *juvenil* de Régis y Saporito, también rara, se observa en nuestra estadística solamente en dos casos. Serán descritas estas observaciones cuando hablemos de esta forma especial en el estudio clínico.

La forma de parálisis general *ateromatosa*, como la llaman Cullerre, Klipel, Marchand etc., que se presenta de ordinario entre los sesenta y setenta años de edad, no es raro verla aparecer a una edad más avanzada; un caso hemos encontrado, aparecido a los setenta y seis años. Esta forma ha recibido también el nombre de parálisis general senil. Entre los cincuenta y los sesenta años, hemos observado siete casos bien comprobados, clínica y serológicamente.

La forma llamada *precoz*, que se presenta entre los veinte y los treinta años, ocupa el segundo puesto en nuestra estadística.

tica, como frecuencia. Esta frecuencia aumenta con el correr de los años y su observación es actualmente menos rara que en tiempos pasados. El aumento que se manifiesta con caracteres un tanto alarmantes de la parálisis general precoz, tiene en nuestro concepto dos explicaciones: La primera es la heredosifilis de manifestación un poco tardía, que en cuatro de nuestras observaciones es de toda evidencia; la segunda explicación nos la da la misma evolución de la sífilis; es cosa sabida que el espiroqueta, cuando evoluciona en organismos predisuestos, quema sus etapas y las primeras manifestaciones de la parálisis general se presentan más tempranamente. Además, la sífilis latente en nuestra juventud es un hecho muy frecuente y en individuos en quienes no hay ninguna manifestación aparente, por los procedimientos actuales del laboratorio se pone en evidencia allí en donde no se creía encontrarla.

Es un caso muy común ver que el período de incubación disminuye por múltiples circunstancias, de catorce años o más que le han fijado los autores. En una de las observaciones de parálisis general juvenil, que más adelante insertamos, los fenómenos morbosos han aparecido en un plazo muy breve; una de ellas hizo su aparición dos años después de inoculada la sífilis, en la otra las manifestaciones aparecieron solamente un año y medio después de verificada la infección.

El concepto de raza, que en otra parte hemos dejado suficientemente dilucidado, no tiene mayor significación, y si la raza blanca aparece mayormente castigada por este flajelo, no parece que sea el valor intrínseco de este factor la causa predisponente, sino el género de vida de sus individuos.

Los árabes de Egipto europeizados adquieren la parálisis general más fácilmente que los de Argelia y Marruecos, como lo afirman Jeanselme, Sézary y Lacapère. Los groenlandeses, a su vez, son muy poco o nada paralíticos, como se desprende de las observaciones de Ehlers, porque son poco o nada sífilíticos. Debido a la dificultad de comunicarse los naturales con los extranjeros, o mejor dicho, éstos con aquéllos, la sífilis se propaga muy difícilmente.

En lo referente a la raza, nuestra estadística arroja los datos siguientes:

Raza blanca nuestra .....	35,63	65%
" mestiza .....	12,21	81%
" mulata .....	6,10	90%
" negra .....	2,3	64%

Total 55

Lo que se llama raza blanca, es decir el tipo de selección en nuestro conglomerado social, es la más predispuesta a la pará-

lisis general. No hay para esto más explicación que la vieja fórmula de Kraft-Ebing *de civilización y de sífilisación*. Esto parece lo más lógico, porque nuestra raza blanca, aunque haciendo salvedades, es la más *surmenada* y la más predispuesta por sus condiciones morales y mentales, para ser fustigada cerebralmente por el flajelo.

Nuestros negros, como en todas las partes del globo, en su casi totalidad viven ayunos de cerebración, y además, por su misma resistencia a casi todas las infecciones, se ven casi exentos de la parálisis general.

### ESTADO CIVIL.

Es un hecho de observación clásica el que la parálisis general sea más frecuente entre los individuos solteros, que entre los demás estados civiles, debido a la más probable contaminación específica. De nuestras observaciones resulta un hecho aparentemente paradójico; el mayor porcentaje corresponde a los individuos casados. Este hecho puede explicarse tal vez por la menor edad, en relación con lo que ocurre en Europa, en que nuestros jóvenes contraen matrimonio.

El cuadro de estado civil es el siguiente:

Casados .....	32
Solteros .....	21
Viudos .....	2

Total 55

De esta cifra puede sacarse el porcentaje siguiente:

Casados .....	58, 19%
Solteros .....	38, 18%
Viudos .....	3, 63%

*Profesión.* En tesis general aquellas profesiones que exponen más a la sífilis son también las que vemos más frecuentemente en la parálisis general. Un hecho que no guarda armonía con las afirmaciones de los clásicos, se cae por su peso en nuestra estadística: Es la mayor frecuencia de la parálisis general, en los campesinos que en la población urbana. La estadística del Asilo en los enfermos observados de 1921 a 1927 es la siguiente:

### HOMBRES

Agricultores .....	13	Estudiantes .....	1
Negociantes .....	3	Contadores .....	1
Comerciantes .....	4	Relojeros .....	1
Mineros .....	3	Carniceros .....	1
Hacendados .....	2	Telegrafistas .....	1



Pintores.....	2	Zapateros.....	1
Policías.....	2	Mecánicos.....	1
Carpinteros.....	2	Limpiabotas.....	1
Médicos.....	2	Canteros.....	1
Estadistas.....	1	Herreros.....	1
Abogados.....	1	Sastres.....	1
Sacerdotes.....	1	Sin Of. conocido.....	3
Oficinistas.....	1		

### MUJERES

Oficios domésticos..... 3      Mujer Pública .....1

Como se ve, y este hecho es demasiado significativo, el mayor porcentaje corresponde al gremio de agricultores. No corresponden su número y su porcentaje a lo que observan los autores en países de Europa y en Norte América.

Una profesión que hace ver el papel que la sífilis desempeña en la etiología de la parálisis general es la religiosa, que hace a los que en ella viven muy poco expuestos a contraer la sífilis y por ende la enfermedad de Bayle. Sin embargo, en uno de nuestros paralíticos actualmente en observación, y en un estado poco avanzado de su enfermedad, con todas las reacciones serológicas y humorales positivas, no nos ha sido posible averiguar la fecha de su contaminación. Para probar su rareza, bástenos citar a Caboureau, quien en una encuesta casi mundial, sólo observa un religioso para cada millar de casos de parálisis general. Igual afirmación hacen Kraepelin, Kräfft-Ebing, Maravenski, Kund, Régis, Bouchard y muchos otros. En el Asilo de Alienados del Departamento de Antioquia, en el transcurso de treinta años, es el primer caso que se observa. Otras profesiones como la milicia, dan por el contrario un alto porcentaje, que Kund lo hace llegar hasta el 61.5%; y en Charenton, en donde con especialidad se asilan los militares de París, se ha observado que su porcentaje se eleva hasta el 30 o 32 por ciento.

Sexo. En ninguna estadística que hayamos consultado se encuentra una tan notoria desproporción relativa a la frecuencia de la parálisis general entre el hombre y la mujer. De los enfermos que se observan solamente cuatro corresponden al sexo femenino. Régis, en 1882, encuentra muy rara la parálisis general en ambos sexos en la población rural, no es según su estadística, sino una vez y media más frecuente en el hombre que en la mujer; y en las clases elevadas de la sociedad la observa trece veces más común en aquél que en ésta. En las altas esferas de la sociedad, en donde la sífilis es tan escasa, esta proporción es, según Régis, de una mujer para trece hombres.

*Herencia.* Aun en la actualidad la herencia nerviosa es discutida en la etiología de la enfermedad de Bayle; este autor la encuentra en gran número de casos; Marze, dice de ella que la parálisis general y la locura son de origen común y se engendrán recíprocamente. Para otros, entre los cuales se encuentran Baillarger y Lunier, esta herencia es sólo congestiva, artrítica y cerebral; Noek asevera que los casos de parálisis general en los degenerados son frecuentes, con sus estigmas propios, tanto físicos como psíquicos de degeneración. Régis participa del mismo pensamiento de Maignan y Serieux, para quienes la parálisis general no es una enfermedad de la familia vesánica, sino de la familia cerebral; y lleva su afirmación hasta el punto de considerar la vesania como una garantía contra la parálisis general. Desde 1882, Régis sostenía la rareza de la parálisis general sembrada en una neurosis tipo como la histeria, la epilepsia y la corea; y la enfermedad, en los raros casos en que se encuentra asociada, toma la marcha crónica de la neurosis en la cual se siembra.

La *herencia similar* ha sido observada por muchos autores; nos son conocidas ya las observaciones de Marie y las de Muller, Jacquement, Lévi, Lévy-Valensi y Boudouin, etc. Keraval, Raviart y Clavière publican observaciones referentes a hermanos paralíticos generales en la misma época.

La herencia neuropática y psicopática la hemos observado en el 20% de los casos, que no es poco. En algunos de ellos se trata de herencia de colaterales, ya vesánica, ya cerebral. Una observación curiosa podemos anotar, y fue la evolución paralela, pero muy desemejante, de dos paralíticos generales, tío y sobrino, internados con pocos días de intervalo en el Asilo. El tío H. tiene una parálisis general de forma expansiva, con un precioso delirio megalomaniaco y muere rápidamente en pleno marasmo paralítico; mientras su sobrino E. tiene una parálisis general con trastornos mnésicos, perturbación muy marcada de la palabra y reacción psicomotriz, con una falta casi absoluta de términos precisos para la expresión de sus ideas, dislogía y fenómenos psicológicos, y una verdadera ceguera verbal.

A pesar de cuanto han escrito los autores sobre la herencia psicopática y neuropática en la determinación de la parálisis general, negándole su papel en la etiología de esta afección, aceptamos un punto de vista distinto; para nosotros la herencia psicopática y neuropática desempeña un papel de primer orden en la aparición de los fenómenos paralíticos. Un cerebro con herencia neuropsíquica cargada es un cerebro lesionado y por consiguiente de menor resistencia para la defensa contra la infección. Si a esto se agrega un cúmulo de circunstancias favorables para el determinismo del treponema, como la civiliza-

ción de Kraft-Ebing, los traumatismos craneanos, las condiciones étnicas y la carencia de inmunidad natural demostrada por Sézary, del cerebro a la toxina sifilítica, el desarrollo de la enfermedad de Bayle será más precoz y más fácil que en cerebros no predispuestos. Es otra aplicación, y no nueva, de la preponderancia del terreno aplicada a la demencia parálitica.

Régis escribe que la sífilis es la que marca su sello particular en la descendencia de los paráliticos generales, y no la herencia psicopática. Ball y Ricard participan de esta manera de pensar del maestro. Una objeción semejante puede hacerse a este respecto.

Sin negar en ningún punto la influencia de la sífilis en la descendencia de los paráliticos generales, confirmada hasta la evidencia por todos los sifilógrafos, no se puede aceptar del mismo modo que la neuropatía y la psicopatía del parálitico general no modifiquen en mayor o en menor grado la normal de la herencia; y así como las vesanias simples, lo mismo que el alcohol, marcan su sello en la descendencia, también a la locura parálitica es preciso asignarle un puesto y no inferior en la herencia neuropsíquica. La misma naturaleza sabia y prevenida se defiende contra estas taras irreparables por la esterilidad, que es lo común en estos casos, cuando la enfermedad está avanzada.

Como se ve, en toda la patogenia de la parálisis general campea el concepto del terreno, muy por encima de toda otra consideración, aun del mismo grano o germen específico.

Todos los factores determinantes de la parálisis general obran en último análisis, como intoxicaciones, comprendiendo con este término tanto los envenenamientos, las intoxicaciones propiamente dichas, y la infección. Por este mecanismo se producen las pseudoparálisis generales saturninas, alcohólicas, pelagrosa, la producida en los estados tifoideos o en el puerperio patológico, en la gripé, la tuberculosis, la sífilis etc.

Régis distingue y estudia de manera magistral este tema; para él, los estados de intoxicación pueden dividirse en tres clases:

1<sup>ª</sup>. Los que dependen de un estado agudo infeccioso como la grippe, la fiebre tifoidea etc;

2<sup>ª</sup>. Los que provienen de intoxicaciones crónicas como el alcoholismo, el saturnismo etc; y

3<sup>ª</sup>. Los que se derivan de una infección crónica como la sífilis.

Estos estados que Régis llama síndromes paráliticos, son enun todo desemejantes entré sí, y no pueden ser estudiados en conjunto.

Los primeros o agudos, que dependen de un estado infeccio-

so evolutivo o pasajero, son curables y regresivos como las causas que los han originado. Son verdaderas encefalitis inflamatorias benignas, que muy raras veces dejan tras sí lesiones irreparables y circunscritas.

Las parálisis generales producidas por las intoxicaciones crónicas, a las cuales pertenecen las tan discutidas pseudoparálisis generales, son características por su marcha y evolución. En ellas, desde un principio, los fenómenos paralíticos alcanzan su acmé, "principian, dice Régis, por donde termina la parálisis general verdadera, por la más absoluta demencia". Cesan, no sin dejar a veces estados demenciales semiparalíticos crónicos, de larga duración, en un todo diferentes de la parálisis general verdadera.

A veces, como sucede para la parálisis general tuberculosa, también estudiada por Klipel, esta semejanza con la parálisis general verdadera, puede llegar hasta hacer que clínicamente estas afecciones sean indiferenciables. En estos casos, y a pesar de las objeciones en contrario de Klipel, el análisis del líquido cefalorraquídeo marca las diferencias.

Los traumatismos encajan en el cuadro de las autointoxicaciones crónicas. Estos pueden ser anteriores a la observación clínica de los síntomas paralíticos, o sobrevenir después de la iniciación sintomática. De aquí se deduce su enorme significación para la medicina legal, tema que más adelante desarrollaremos.

En un individuo que no es específico, un traumatismo puede producir estados paralisoides más o menos semejantes a una demencia paralítica, pero nunca una parálisis general verdadera. Es preciso la concurrencia de la causa fundamental, *la sífilis*, para su producción; sin ella, es el pensamiento de la mayoría de los autores, la parálisis general es imposible. En el caso de que los signos psíquicos se hayan iniciado, el traumatismo puede obrar acelerando la marcha de la afección o precipitando su desenlace final.

Otro caso puede presentarse y es el que requiere una más delicada interpretación en Medicina Legal: Un traumatismo craneano puede hacer de un sífilítico un paralítico general? En términos generales y a la luz de la patología mental, un traumatismo de la masa encefálica, puede perfectamente precipitar la iniciación sintomática de la parálisis general. Esta es la doctrina defendida por los neuropsiquiatras como Pactet, R. Charpentier y Lépine.

El tercer grupo de las infecciones crónicas como la sífilis, ya ha sido suficientemente estudiada en todo este trabajo y no volveremos más a él.

## MANERA COMO OBRA EL TREPONEMA EN EL SISTEMA NERVIOSO.

Precisado y aceptado el papel que desempeña la sífilis en la etiología de la parálisis general con el descubrimiento del treponema en la corteza cerebral, y más raramente en el líquido céfalo-raquídeo, corroborados con los progresos del laboratorio, nos queda sólo por estudiar la manera como el treponema obra en el cerebro de los candidatos a la enfermedad de Bayle.

En nuestro concepto la teoría de Sézary es la que más se conforma con los hechos y con la patología general.

Ante todo hay que tener en cuenta para la explicación de esta teoría, que para Sézary la meningitis concomitante de la parálisis general, a la cual los observadores han dado tanta importancia, no desempeña en el proceso paralítico sino un papel muy secundario. Es debida esta meningitis, no a la presencia del treponema en las meninges, sino a una lesión inflamatoria de vecindad: *la encefalitis*.

Desde el período primario y a veces desde el período pre-clínico de la sífilis, el treponema invade todo el organismo por los linfáticos y por la sangre y va a fijarse en los órganos y en la piel. En ésta da origen a lesiones aparentes en un organismo todavía no inmunizado. Las lesiones más tarde producidas por el treponema sobre el sistema nervioso, en una época de la sífilis en que las lesiones terciarias esclerogomas aparecen, debido a la formación de los anticuerpos, se parecen histológica y microbiológicamente a las lesiones primarias específicas. «Hay aquí un anacronismo importante que conviene no olvidar», (Sézary). Estos caracteres tan diferentes del proceso encefalítico son debidos a modalidades del treponema o a una reacción diferente y exclusiva del sistema nervioso?

La encefalitis sífilítica se hace desde las capas más profundas de la corteza cerebral, los vasos capilares intracerebrales hasta los mismos vasos de la pía madre. Además, existe una meningitis concomitante como ya lo hemos dicho, pero irritativa.

El espiroqueta ha sido encontrado frecuentemente en la corteza cerebral y en las paredes de los vasos, nunca en las meninges. Las reacciones son positivas constantemente en el líquido céfalo-raquídeo—salvo rarísimas excepciones, como puede verse en una de nuestras observaciones—lo que confirma, según Levaditi y Marie, que esta enfermedad se debe a la presencia constante del treponema en la corteza cerebral.

Ni la arsenorresistencia, ni la exaltación de la virulencia proclamada por Marinesco, son suficientes para explicar la manera como obra el treponema sobre los centros nerviosos. Pa-

rece más consecuente pedirle la explicación de este problema al terreno creado por las reacciones físico-químicas nerviosas.

Guillain y Laroche estudian las reacciones biológicas del cerebro y esclarecen la importancia de su composición físico-química. Sicard y Ravaut, antes que Sésary, conocieron la importancia del descubrimiento de Guillain y Laroche y pretendieron con él explicar la patogenia de la parálisis general. Estos autores esbozaron el problema que profundiza Sésary con maestría.

Es un hecho ya establecido que las lesiones esclerogomosas del período terciario de la sífilis, deben sus caracteres clínicos y anatomopatológicos a la presencia de anticuerpos, que modifican por completo la marcha general de esta enfermedad. Observando lo que pasa en el cerebro, es decir por la anatomía y la histología patológica, puede llegarse a la conclusión de que los anticuerpos no existen en el sistema nervioso en la parálisis general. «Por una razón que no se alcanza a precisar, dice Sésary, el sistema nervioso de un antiguo sifilítico se porta frente a frente del treponema, como un terreno nuevo no inmunizado. . . . . como si en un organismo inmunizado contra el virus sifilítico el cerebro no lo fuese».

A esta concepción puramente teórica, viene a darle fuerza probatoria la observación anatomopatológica de las lesiones corticales y su gran semejanza con el chancro inicial. Es cosa sabida que cuando el chancro aparece el organismo no se ha inmunizado contra el treponema, y que este estado de inmunidad lo adquiere sólo cuando aparecen los anticuerpos, que ponen a raya la invasión treponémica, con lo cual las lesiones pueden curarse por sí mismas. No obstante esta formación de anticuerpos, algunos treponemas escapan a su acción y van más o menos degenerados, a veces revistiendo formas atípicas de defensa, a alojarse en los órganos más nobles de la economía. Un caso semejante acaece para el cerebro. Levaditi y Marie dicen a este respecto: «Se pueden comparar los focos múltiples y sucesivos de la corteza cerebral en los paralíticos generales con otros tantos sífilomas, que dejan tras sí una esclerosis equivalente a la induración post-chancrelosa». Esto es de observación evidente. Luégo, como para la piel, las lesiones que se hacen sobre la corteza cerebral, son el efecto de un espiroqueta sobre un terreno no inmunizado. A esto puede agregarse, que la infiltración de las vainas linfáticas perivasculares sería el equivalente de la linfangitis que acompaña el chancro.

M. Roux y M. Borrel comprueban por sus experiencias que el sistema nervioso de los animales inmunizados contra diversas toxinas, como la diftérica o tetánica, permanece sensible a la inoculación intracerebral para esas mismas toxinas,

en tanto que quedaría insensible a la inoculación de una mezcla de toxinas y antitoxinas diftéricas y tetánicas. Esto mismo ha sido observado por Vincent para la toxina tífica, por Phisalix para el veneno de la serpiente y por Gley para el suero de la anguilla. Estos experimentos han sido con tanta corrección hechos, que Laroche ha podido concluir que el sistema nervioso constituye un terreno aparte, fuera de las leyes referentes a la inmunidad.

Ahora bien, la punción lumbar, aun desde el período secundario, demuestra un ataque del treponema al sistema nervioso; antes hemos citado los trabajos de Raynaud, Lacroix, Beraud, Boutin y Brossonière, (publicados en el Boletín de la Sociedad de Dermatología y Sifilografía de París, en 1926), los que demuestran que desde los primeros estados de la sífilis el treponema se localiza sobre el sistema nervioso y se desarrolla allí lentamente. El cerebro posee un poder reductor y proteolítico, según los trabajos de H. Roger y de Sicard y bacteriolítico que da la explicación de este lento desarrollo del treponema. Pero este poder bacteriolítico está muy lejos de tener una actividad suficiente para destruir el treponema, el cual como lo explica Bordet, por un proceso de adaptación microbiológico se aclimata y pulula dentro de las células nerviosas y a su alrededor; y más tarde, protegido por el mismo tejido nervioso contra las medicaciones espirilicidas, los treponemas producen las lesiones anatómicas que engendran los fenómenos paralíticos.

“En resumen, concluye Sézary; el cerebro posee una cierta inmunidad contra el treponema, pero esta inmunidad no basta para protegerlo del espirilo, y logra solamente retardar su desarrollo. Por el contrario, el tejido nervioso no participa desde el período secundario de la inmunidad que acaba de adquirir el organismo contra la sífilis. Así los treponemas que lo han invadido, se encuentran en lugar seguro para su existencia, se adaptan, pululan y producen después lesiones que serán atípicas, puesto que escapan al factor humoral que rige las modalidades clásicas del proceso sifilítico.”

Un punto muy discutido y sobre el cual no se ha hecho una armonía perfecta entre los biólogos, es el siguiente: En qué período de la sífilis se hace la infección de los centros nerviosos? Las lesiones son parenquimatosas desde un principio, es decir, nerviosas propiamente, o meníngeas? Esta última pregunta, para mayor claridad, puede formularse así: La meningitis precede, acompaña o sucede a la encefalitis sifilítica?

Atrás hemos hecho observar, que desde los trabajos de Vidal, Sicard y Ravaut en 1902, se encuentra frecuentemente una fuerte leucocitosis y una hiperalbuminosis del líquido céfalo-raquídeo desde el período secundario y a veces desde la aparición

del chancro. A esto puede agregarse la comprobación clínica de la aparición de fenómenos nerviosos, como la positividad del signo de Argill desde este período. El positivismo de las reacciones de Nonne y Apelt ha sido comprobado por Cl. Vincent quien las ve persistir varios años a pesar de un tratamiento intenso y dar origen a fenómenos de parálisis general.

Algunos autores, entre ellos Lacapère, han objetado la especificidad de esta reacción meníngea y la consideran como una simple reacción general contra la generalización del treponema. El Wassermann en el líquido céfalo-raquídeo de los sífilíticos secundarios se ha encontrado generalmente negativo, a pesar de una franca reacción meníngea; la inoculación al conejo de este líquido en el período secundario se ha mostrado casi constantemente negativa. También por su latencia esta meningitis del período secundario puede acercarse a las meningitis de la parálisis general.

A fin de despistar la reacción meníngea de la septicemia sífilítica de la verdadera localización meníngea del treponema, mediante el paralelismo entre la intensidad de las alteraciones sanguíneas y la intensidad de la leucocitosis céfalo-raquídea, Sézary y Jeanselme por un estudio muy detallado de siete sífilíticos han llegado a la conclusión de que el pretendido paralelismo entre las alteraciones sanguíneas y meníngeas no existe; se trata por lo tanto de una localización meníngea sífilítica latente. Después del descubrimiento de Noguchi sus continuadores han logrado encontrar en la misma corteza cerebral el treponema de la sífilis, desde el período septicémico, es decir, desde muy temprana edad de la sífilis.

Se puede concluir lógicamente que el sistema nervioso es atacado desde el principio por el treponema, no en todos los sífilíticos, sino en aquéllos que más tarde tendrán una parálisis general, una sífilis del neuroeje u otra cualquiera manifestación nerviosa específica; de las cuales la meningitis del período secundario no es la que da origen a las manifestaciones posteriores, como hasta hoy se ha creído, a menos en lo que respecta a la enfermedad de Bayle.

Los biólogos y experimentadores hasta 1920 consideraban que la meningitis era la lesión inicial de la parálisis general y de la tabes: Léréde, escribe en 1917: «La infección meníngea es el origen de la gran mayoría si no de la totalidad de las afecciones sífilíticas del sistema nervioso». Esta meningitis produce a la larga las lesiones cerebrales, dice Nageotte, en la parálisis general. Igual opinión siguen Ravaut, Tinel y Cl. Vincent.

Ante todo Sézary, fundado en los trabajos de laboratorio, especialmente en el Wassermann y en las reacciones de Nonne y



Apel, niega la especificidad de las meningitis latentes y generalizadas de los sifilíticos. Ni las lesiones histológicas comunes, iguales a las de cualquiera meningitis, ni la leucocitosis, ni la pesquisa del treponema, que ha sido siempre negativa en las meninges de parálisis general, ni la inoculación del líquido céfalo-raquídeo, negativa o sujeta a causión, ni la reacción de Wassermann que se muestra casi siempre negativa en el período secundario, positiva en la mitad de los casos de la tabes y en el 99% en el líquido céfalo-raquídeo, de parálisis generales, hacen inclinar a Sézary a considerar las meningitis latentes de los sifilíticos como específicas.

He aquí una discordancia entre la meningitis secundaria y la meningitis latente, difusa y generalizada de la parálisis general. Esto es una réplica poderosa en contra de la teoría de Nageotte.

La microbiología tampoco da la comprobación de que la meningitis latente de los sifilíticos sea de naturaleza específica; el treponema no ha sido nunca encontrado en las meninges en el período secundario; en las meninges de los tabéticos, Noguchi lo encuentra una sola vez en doce casos examinados. En la parálisis general le han buscado infructuosamente en las meninges Noguchi, Marie y Bancowski.

Al contrario, la existencia del treponema ha sido comprobada de manera casi constante en la corteza cerebral por Noguchi, Marinesco y Minea, Mott, Levaditi, Marie etc., de donde se puede concluir que la naturaleza específica de la meningitis latente no es de causa sifilítica, sino de causa irritativa, por lesión de vecindad. De otra manera no puede explicarse la ausencia del treponema al nivel de las meninges en estos casos. «Si esta meningitis no se revela por ningún signo en la parálisis general, el hecho es debido, dice Sézary, a la falta de *capacidad normal de reacción* propia de esta enfermedad».

Por otra parte, los trabajos de Noguchi han probado de manera perentoria, la presencia del espiroqueta en la corteza cerebral y no en las meninges, y muy raros en los vasos de la pía-madre. La reacción del tejido nervioso al espiroqueta, se hace lenta pero se hace; es del mismo tipo parenquimatoso que en la mayoría de las afecciones del sistema nervioso. Esta reacción no demuestra la especificidad, así Gombault y Riche escribieron hace algún tiempo: «Al principio la meningitis fue mirada como el proceso inicial, capaz por sí solo de traer la atrofia de las circunvoluciones subyacentes. Después de algún tiempo no se tardó en reconocer, gracias a los estudios histológicos, la precocidad y la importancia de las lesiones corticales».

En resumen, dicen Sézary y Sicard, por los actuales progresos en la materia no puede considerarse la meningitis latente

paralítica, sino como una lesión inflamatoria que deriva de las alteraciones cerebrales vecinas, al mismo título que ciertas reacciones del peritoneo, de la pleura o de la vaginal etc., o de la misma manera que la adenopatía satélite del chancro es una reacción de vecindad. Esta reacción del tejido nervioso al treponema es de naturaleza parenquimatosa, y la meningitis que la acompaña es de naturaleza inflamatoria, de vecindad, igual a las meningitis observadas en todos los casos de afecciones nerviosas, como los reblandecimientos, los traumatismos; con la diferencia de ser aquéllas más difusas o hacerse en un territorio meníngeo mayor. «La meningitis, concluye Sézary, no es sino un guía o testigo y no la causa de las lesiones parenquimatosas que acompaña».

Esta teoría ha sido aceptada como ya lo dijimos por Sicard, y es muy semejante a la que emitieron Brissaud y Masary. Hasta hoy es la que mejor se compajina con los hechos, a pesar de las objeciones que a ella le ha hecho Ravaut y Cl. Vincent, objeciones que Sézary ha rebatido de manera brillante.

Según Ravaut, (Reunión neurológica de 1920), si la meningitis fuese consecutiva a las lesiones parenquimatosas del neuroeje, no podría explicarse la disminución de las reacciones del líquido cefalo-raquídeo a medida que avanzan las lesiones parenquimatosas y el por qué son más intensas estas reacciones al principio de la enfermedad. La segunda objeción de carácter anatómico la fórmula Cl. Vincent de la manera siguiente: «Si se estudia el tejido nervioso de los enfermos muertos de tabes, de parálisis general o de meningitis crónica, sorprende la infiltración linfoide de la pia madre y de algunos nervios; ahora bien, a menudo esos nervios no están paralizados».

Para Sézary, la objeción de Ravaut no tiene fuerza en contra de su teoría en lo que respecta a la parálisis general, pues la intensidad del proceso parenquimatoso no rige necesariamente la intensidad de las reacciones. Además, en la tabes solamente cuando las lesiones mejoran, disminuye la reacción. En cuanto a la objeción de Vincent, Sézary contesta que la ausencia de treponemas en los nervios no es prueba ninguna, la meningitis es secundaria al proceso parenquimatoso.

La teoría de Sézary para explicar la patogenia de la parálisis general es la más acorde con las adquisiciones modernas sobre fisiología patológica del sistema nervioso y es la que mejor corresponde a la solución de los variados e intrincados problemas de patología mental en la enfermedad de Bayle.

Aparte de esta teoría de Sézary, Lépine insiste sobre la importancia que para él tiene el insomnio en la génesis de los fenómenos paralíticos. Aunque para nosotros no tiene esta hipótesis un valor tan considerable como el que le asigna Lépine no

queremos pasar por alto esta idea del notable neurologista. «Un cerebro que no compensa sus pérdidas por adquisiciones equivalentes de reposo, dice este autor, está en la misma situación que un comerciante endeudado».

## ESTUDIO CLINICO DEL LIQUIDO CEREBRO-ESPINAL EN LA PARALISIS GENERAL PROGRESIVA

El estudio del líquido céfalo raquídeo ha adquirido en estos últimos tiempos una importancia de primer orden en el diagnóstico de la parálisis general y de la sífilis nerviosas.

En Psiquiatría general más que en cualquiera otra rama de la clínica interna, debe el médico poseer conocimientos muy sólidos y abundantes sobre las diversas reacciones que más comúnmente se usan en el laboratorio, para el estudio del síndrome humoral; y saber deducir las enseñanzas que estas reacciones le aporten en los casos difíciles.

La parálisis general es una enfermedad que se presta a confusiones con mucha frecuencia, especialmente en su período preclínico, con diversas enfermedades, tales como la sífilis nerviosa, las meningitis tuberculosa y aguda, y con las pseudoparálisis generales. Respecto a estas últimas debemos seguir el precepto de Pierret, de que no hay pseudo-enfermedades sino pseudo-diagnósticos.

A nadie se le escapa la importancia de la parálisis general especialmente en su período preclínico, o médico-legal. Es justo por lo tanto que el clínico pretenda rodearse de cuantos medios estén a su alcance para hacer de ella un diagnóstico tan precoz como exacto. El laboratorio le da a este respecto un apoyo, que si no es absoluto, sí es el mayor de que en la actualidad podamos disponer.

## CARACTERES FISICOS DEL LIQUIDO CEFALO-RAQUIDEO

La punción lumbar, hecha la primera vez por Quinke con un fin exclusivamente terapéutico, no ha de detenernos, ya que su técnica, sus indicaciones y contraindicaciones se encuentran en detalle en cualquier texto de Cirugía menor.

*Coloración:* En el estado normal el líquido céfalo-raquídeo es cristalino y salvo error de técnica o concomitancia con un traumatismo craneano puede encontrarse un tanto rojo, cuando ha habido una hemorragia meníngea. A veces se presenta grumoso o más o menos turbio en caso de una meningitis aguda o tuberculosa. En la parálisis general es lo más común en-

contrarlo cristalino, pero en ocasiones puede verse más o menos opalescente y de color ambarino.

**Tensión:** La tensión del líquido céfalo-raquídeo es en el estado normal de 12 a 15 c. c. de mercurio, presión que puede aumentar fisiológicamente por las oscilaciones cardíacas y respiratorias.

Para estudiar esta tensión hay varios procedimientos: El primero es el de Sicard-Lejeune, que consiste en un tubo de vidrio estrecho prendido a una plancha de madera y en comunicación con la aguja de punción por un tubo de caucho lateral. En el tubo está la escala de presión graduada en centímetros de mercurio, y allí se lee directamente la altura a que llega el líquido por encima del punto de punción.

Más espedito—y es el que actualmente se usa—es el manómetro de H. Claude. Este aparato se compone de un cuadrante aneroide y un tubo de caucho, el cual por una llave puede conectarse con la aguja de punción. Allí se puede mirar la presión máxima o inicial y la mínima o final, en el mismo acto operativo. Tiene la ventaja sobre el anterior procedimiento de evitar una pérdida innecesaria de líquido, lo cual en ocasiones es perjudicial para el enfermo y para el analizador.

En la parálisis general la presión está de ordinario aumentada cuando se trata de formas con excitación, o cuando hay ictus epilépticos o apopléticos; está disminuida cuando se trata de una forma depresiva, o en los últimos estados de la enfermedad, en el marasmo paralítico y la caquexia demencial. Vieira y Moraés, la han encontrado normal en algunos casos de parálisis general con evolución clásica.

La presión no constituye en el diagnóstico de la parálisis general un criterio supremo de verdad, porque es común encontrarla aumentada en muchas afecciones nerviosas como la epilepsia, los tumores cerebrales y las meningitis agudas; pero sí debemos tener como dato seguro, que es patológico todo líquido cuya presión ascienda a 20 c. c. de mercurio o más.

**Densidad:** En el estado normal el líquido céfalo-raquídeo tiene una densidad de 1,003 a 1,004 en relación con el agua destilada. En la parálisis general lo mismo que en la epilepsia, esta densidad es un poco mayor que en los líquidos normales. Los otros caracteres físicos tales como la viscosidad, el índice de refracción etc., no tienen importancia práctica para nosotros. La crioscopia en las meningitis tuberculosas está un poco por debajo de la normal.

**Exámen químico:** La excesiva importancia que revisten las modificaciones químicas del líquido céfalo-raquídeo ha llevado

a los laboratoristas de todos los países a inventar técnicas muy variadas para su estudio. De algunas de ellas sólo anotaremos su procedencia como dato histórico, que por ser muy laboriosas no son corrientes en la práctica.

**Albumina total:** Fisiológicamente el líquido céfalo-raquídeo contiene una cantidad de albúmina total cuyo monto no excede de 0,27 grms. por mil; lo que de ordinario se encuentra es un tenor de albúminas equivalente a 0,17 grms. o 0,20 grms. por mil, en los cuales se encuentran de 0,11 grms. a 0,13 grms. de globulinas y de 0,04 grms. a 0,09 grms. de serina, pero nunca se ha encontrado en el estado normal albumosas o peptonas.

En la meningitis aguda cerebro-espinal, esta cantidad de albúmina puede indicar un aumento hasta 2 a 3 y hasta 5 gramos, en la meningitis tuberculosa su cantidad en albúmina puede elevarse a 1,80 y 2 grms. por mil; en la meningitis aguda puede elevarse a 10 y 15 grms. por mil. Desde los trabajos de Vidal, Sicard y Ravaut, se sabe que la albúmina está constantemente aumentada en el líquido céfalo-raquídeo de los parálisis generales; esta cifra oscila entre 0,40 y 0,80, sin perjuicio de verse en algunos casos más alta. En muchas de nuestras observaciones la hiperalbuminosis ha sido manifiesta y la cifra de un gramo por mil no es escasa. En dos de ellas, el primero afectado de una parálisis general con fuerte excitación maniaca y el segundo con una forma demencial simple—muerto dos días después de puncionado a consecuencia de un ictus paráltico—ha llegado a sobrepasar la hiperalbuminosis la cifra de dos gramos por mil.

Entre los primeros procedimientos ideados para la búsqueda de la albúmina, figura el de Boberi, al permanganato de potasio al 1%. Es positiva la reacción, según esta técnica, si se forma en el punto de contacto del líquido céfalo-raquídeo y el permanganato un anillo amarillo de paja, al cual se le da el nombre de *reacción zonal*. Si al sacudir los tubos y dejarlos luego en reposo un tiempo determinado la coloración persiste más o menos intensa, la reacción será más o menos positiva, que es lo que el autor llama la *reacción global*.

Las conclusiones a que llega Boberi respecto al valor de su reacción son las siguientes:

- a) Si la reacción es positiva, es una prueba indudable de que el líquido es patológico;
- b) No hay paralelismo entre esta reacción y la linfocitosis;
- c) Las reacciones más intensas se observan en los casos de meningitis-mielitis.

El procedimiento más usado actualmente es el del raquímetro de Sicard y Cantaloube. Está compuesto de un tubo

de ensaye de 4 c. c. de capacidad, graduado en centímetros cúbicos, de los cuales los dos primeros tienen divisiones de 0,2 de c. c., y obturado con tapa de caucho. Para operar se procede de la manera siguiente: Se pone en el tubo 4 c. c. de líquido céfalo-raquídeo y se calienta a 80° centígrados, se agregan XII gotas de ácido tricloracético al 1x3, se deja en reposo cinco minutos, se tapa y se sacude con cuidado, y vuelve a dejarse en reposo durante cinco horas. En la graduación se lee la cantidad de albúmina que contenga. Al nivel de la primera raya hay 0,22 grms. de albúmina por mil; al nivel de la segunda raya hay 0,40 grms., en la tercera 0,56 grms. en la cuarta 0,71 grms. y en la quinta 0,85 grms. por mil. Por encima de esta división el líquido contiene de un gramo de albúmina en adelante.

Este método no es irreprochable en exactitud, por la diversa retractilidad del coágulo; por esto Lacapère aconseja más bien practicar la pesquisa de la albúmina por el procedimiento de Ravaut o de Marcel Bloch.

El procedimiento de Ravaut consiste en un aparato compuesto por dos tubos; en el primero, marcado con el No. 1, se pone el líquido que se va a examinar, y se le agrega una dosis de reactivo sulfosalicílico, que precipita la albúmina enturbian-do el líquido. Este tubo contiene una escala de acuerdo con índices de opalescencias conocidas, que corresponde a cantidades fijas de albúmina. En el tubo No. 2o, se deposita una solución de nitrato de plata y otra de cloruro de sodio de título conocido; el cloruro de sodio precipita la plata bajo la forma de cloruro de plata y produce también un enturbiamiento. Al comparar los líquidos, si tienen la misma opalescencia, es porque el líquido cerebro-espinal examinado contiene un gramo de albúmina por mil. Cuando hay mayor opalescencia en el tubo que contiene el líquido céfalo-raquídeo, se diluye éste en 2 o 3 veces su volumen de agua destilada y se lee en el tubo su tenor de albúmina cuando las opalescencias se ponen iguales. Cuando la solución de cloruro de plata es más opalescente, se diluye esta con la solución de cloruro de sodio hasta igualarlas, y en su escala se lee el tenor en albúmina del otro tubo.

Como se ve este procedimiento, tan expedito como el de Boberí, tiene la ventaja de ser inmensamente más exacto.

La reacción de Marcel Bloch, o de la escala albuminimétrica, es comparable a la floculación de Vernes para la sangre. En un tubo se deposita un centímetro cúbico de líquido céfalo-raquídeo y se le agrega 0,2 de c. c. de ácido nítrico, se agita para romper el anillo y los grumos que se hayan formado, y se deja luego en reposo durante 10 minutos; se hace la comparación con una escala imaginada por el autor y compuesta de una serie de tubos que contienen una emulsión de benjuí, cada vez

más concentrada. En el tubo que en la escala del benjuí tiene una opalescencia igual al tubo de los reactivos, se lee la cantidad de albúminas que hay por litro en el líquido céfalo-raquídeo examinado.

**Globulinas.** Buscar las globulinas en las afecciones nerviosas sifilíticas o parasifilíticas es un hecho de tanta importancia que algunos autores lo consideran de tanto valor como la práctica de la reacción de Wassermann. Para Lacapère su presencia, sin ser absolutamente decisiva, tiene un real valor diagnóstico, y hay generalmente un paralelismo entre ella y la serorreacción positiva; para Léréde y Rubinstein, la serorreacción no puede ser positiva en tanto que el líquido céfalo-raquídeo no contenga globulinas. La ausencia de las globulinas trae consigo siempre una serorreacción negativa y es inútil buscarla; en los casos de presencia de globulina, la serorreacción es positiva o negativa y debe buscarse.

Los métodos más usuales para buscar estas globulinas son: La reacción de Nonne y Apel, la reacción de Noguchi, la reacción de Ross-Jones, la reacción de Pandy, la reacción de Weichbrodt etc.

La reacción de Nonne y Apel se funda en la precipitación global de las globulinas por el sulfato de amoníaco a semisaturación. Es positiva la reacción cuando después de poner en un tubo 2 c. c. de líquido céfalo-raquídeo y 2 c. c. de solución saturada en caliente de sulfato de amoníaco puro, neutro, después filtrada y enfriada, al cabo de tres minutos se observa una opalescencia, un enturbamiento o un precipitado. Es la primera fase de la reacción; luego se filtra el líquido, se acidula y se calienta y aparece de nuevo el precipitado.

Según lo anota Baibé, en su libro «Examen de alienados», la primera fase de esta reacción es positiva en el 100% de los casos en la parálisis general, en el 96% de los casos de tabes, en el 90% de los casos de sífilis cerebro-medular, en el 20% de los casos de sífilis secundaria, y en el 10% de casos de heredo-sífilis.

A pesar de estas estadísticas, para Guiart y Grimbert, esta reacción que es positiva en los casos de parálisis general, de tabes y demás afecciones sifilíticas nerviosas, lo es también cuando se trata de una fuerte hiperalbuminosis como sucede en las meningitis agudas o tuberculosas. De suerte que la determinación de la albúmina total daría iguales enseñanzas.

**Reacción de Noguchi.** Esta reacción se practica de la manera siguiente: a un c. c. de líquido céfalo-raquídeo se agrega 5 c. c. de ácido butírico al 10%, se hace hervir por algunos segundos y se agrega rápidamente 1 c. c. de soda normal al 4%, se vuelve

a la llama unos momentos y después se deja reposar por tres horas. Si la reacción es positiva se forma un precipitado granuloso característico, quedando encima de este precipitado un líquido claro o con algunas opalescencias.

Según el criterio de Méstrezat, Euziére y Roger, esta reacción no es específica de la sífilis nerviosa, «porque aunque ella anote la existencia de globulinas en el líquido céfalo-raquídeo y aunque sean estas afecciones las que las contienen en mayor proporción, no les es sin embargo exclusiva su existencia», y agregan que con una albuminosis de 0,40 a 0,80 grms. por mil, ha sido positiva repetidas ocasiones.

Algunos autores como Guiart y Barbé, se permiten a este respecto las siguientes conclusiones:

a) En casos de albuminosis bien marcada, una reacción negativa es muy importante y hace descartar con absoluta precisión la existencia de la parálisis general o de cualquiera afección nerviosa sífilítica;

b) Una reacción positiva en una hiperalbuminosis no prueba nada;

c) En los casos de albuminosis normal o poco elevada, una reacción positiva tiene gran valor, sin ser concluyente, y es la indicación en favor de la existencia de la sífilis nerviosa, de la parálisis general etc.

d) En la sífilis no nerviosa esta reacción es siempre negativa.

Parece que esta prueba de Noguchi no sea sino la traducción de la albúmina del líquido céfalo-raquídeo.

Ross Jones describe una especie de tela de araña, según él, muy característica, delgada y blanda, en la superficie de disolución, cuando se mezcla líquido céfalo-raquídeo a una dosis conocida de solución saturada de sulfato de magnesia a saturación.

Se acostumbra también, y algunos autores como Dide y Giraud, le conceden gran importancia, practicar las reacciones de Pandý por el ácido fénico y la de Weichbrodt por el sublimado al milésimo. Es positiva la primera si se forma en el tubo una coloración blanco azulosa más o menos intensa; la segunda es positiva si al cabo de tres minutos de estar obrando el sublimado sobre el líquido céfalo-raquídeo se produce un enturbiamiento.

Todas estas reacciones son preciosas, según el concepto de varios autores, cuando son negativas, en casos de sífilis nerviosa, o cuando son positivas, como antes lo dijimos, con albuminosis normal, como sucede en la parálisis general; pero no hay que olvidar que en casos de fuertes albuminosis, como sucede en la meningitis tuberculosa, no prueban nada.

La gran importancia de estas reacciones de las globulinas



y de la determinación total de la albúmina es demostrar su gran precocidad, pues se observa en muchos casos cuando los síntomas de demencia parálitica no son observables clínicamente. No obstante, como dicen Dide y Giraud, un examen atento y la observación del individuo, paciente y constante, nos demuestran que los síntomas clínicos son anteriores en su aparición a los síntomas serológicos. Por otra parte, a pesar de que la cantidad de albúminas totales no está nunca en relación con la marcha de la enfermedad, ni con su evolución clínica, aunque están aumentadas constantemente en los paráliticos, el exceso de albúmina raquidiana es siempre de muy mal pronóstico, como dice Phail.

En cuanto a la hiperalbuminosis en los paráliticos generales, ha sido también puesta fuera de duda en muchos casos por varios autores, entre ellos Jach la ha observado en la taboparálisis y en la parálisis general conyugal, en la sífilis cerebrospinal, en las psicosis simples etc.

En las afecciones sífilíticas y parasifilíticas las reacciones de las globulinas han sido encontradas por Babonneix y Javillier variables en intensidad; las más fuertes las observan siempre en la parálisis general y en la tabes, pero nunca de manera constante, y para estos autores, sólo tienen estas reacciones un valor diagnóstico muy mediocre.

Para Jones el aumento de las globulinas en la parálisis general es casi invariable; se trata, parece, de una euglobulina de calidad particularísima en esta afección, asociada su existencia a la génesis del anticuerpo que es el agente activo del Wassermann.

Para Foix y Bloch, no se encuentra ningún líquido céfalo raquídeo, en los casos de parálisis general o de sífilis nerviosa hiperalbuminoso, en el cual no vaya asociada la albuminosis a una linfocitosis abundante; a esta asociación es a lo que el autor llama *el síndrome serológico mínimo*, sin el cual puede decirse que no hay sífilis nerviosa. Si estas reacciones van unidas a un Wassermann positivo en el suero sanguíneo y en el líquido céfalo-raquídeo, o en este líquido sólomente, la sífilis nerviosa es infaliblemente cierta. Esto es lo que se conoce con el nombre de *síndrome serológico máximo* de Foix y Bloch.

Lévi-Valensi trae un cuadro tomado de la obra de A. Barbé, que copio a continuación por ser un guía precioso para el práctico.

I—R. de Wassermann	{ Positiva en el suero sanguíneo, { Negativa en el líquido céfalo-raquídeo.

Pleocitosis y albuminosis	{ Nula en el líquido céfalo-raquídeo.	{ Sífilis segura pero lesiones nerviosas no sifilíticas.
II-R. de Wassermann	{ positiva en el suero sanguíneo. Negativa en el líquido C. R.	{ Probabilidad de sífilis del sistema nervioso.
Albuminosis y Linfocitosis	{ en el líquido céfalo-raquídeo	{
III-R. de Wassermann	{ Positiva en el suero sanguíneo y en el líquido céfalo-raquídeo	{ Sífilis nerviosa absolutamente segura
Albuminosis y Linfocitosis	{ en el líquido céfalo-raquídeo	{

La alcalinidad, los cloruros, fosfatos, sulfatos, el azúcar, la glucosa, las materias grasas no tienen para nosotros tanto interés que nos obliguen a detenernos. La colesteroína no existe en el líquido céfalo-raquídeo en el estado normal, pero siendo común a tantas afecciones, además de la parálisis general en la que se encuentra durante la fase exuberante en el 88% de los casos, no constituye un elemento muy apreciable para el diagnóstico. Otro tanto puede decirse de la colina.

### MODIFICACIONES CITOLÓGICAS

El estudio citológico del líquido céfalo-raquídeo reviste grande importancia en las afecciones nerviosas y mentales de naturaleza y de origen sifilítico, porque nos enseña la participación que en el proceso patológico toman la inflamación y la irritación de las cubiertas meníngeas.

Ravaut ha dicho con sobra de razón, que el estudio citológico del líquido céfalo-raquídeo puede y debe ser considerado como una verdadera biopsia. Vidal y sus discípulos Sicard y Ravaut, fueron los primeros en concederle a la citología del líquido céfalo-raquídeo esta importancia, inspirados principalmente en los trabajos de Monod-Sicard y Ravaut en 1902, llamaron la atención sobre las modificaciones microscópicas del líquido céfalo-raquídeo en todos los períodos clínicos de la sífilis. Los trabajos de Raynaud, Lacroix, Beraud, Boutin y Brosnier, establecen este hecho y lo confirman plenamente en el período secundario.

Los dos principales tópicos que nos proponemos estudiar para el diagnóstico de la parálisis general, son la linfocitosis y la pleocitosis, o el análisis cualitativo y el examen cuan-

titativo de los elementos del líquido cerebro-espinal.

### PLEOCITOSIS

La manera más práctica para buscar las alteraciones microscópicas del líquido céfalo-raquídeo, es sin duda la centrifugación y la coloración consiguiente de la preparación por el azul de Unna, para su más fácil estudio microscópico. Se observan así con más precisión las clases o variedades de elementos celulares que pueden encontrarse. Los elementos más comúnmente observables son los glóbulos blancos, y entre estos los más comunes en la parálisis general son los linfocitos y algunos raros polinucleares. El número de elementos que en el estado normal se debe encontrar en el líquido céfalo-raquídeo, no debe exceder de 1 a 1,5 linfocitos por milímetro cúbico. Son éstos los más importantes para nuestro estudio.

### LINFOCITOSIS

Para verificar el examen cuantitativo de los linfocitos se usa actualmente la célula de Nageotte, de un milímetro de profundidad y de diez milímetros de lado, dividido cada milímetro en cuadriláteros de un cuarto de milímetro de anchura. La capacidad de contención de la célula, es entonces de 100 m. m. cub. Para operar se coloca en la célula una gota de líquido fresco y se le cubre con la laminilla, el excedente se recoge con papel secante en los bordes de la célula; puede agregársele una gota de azul para verificar la numeración con más facilidad. Es conveniente esperar un cuarto de hora antes de numerar, tiempo indispensable para que los elementos celulares se hayan depositado en el fondo de la célula. Se notará que en el estado normal su cantidad no excede de 1 a 2 elementos celulares por m. m. c.

En la parálisis general el número de linfocitos que se encuentran está siempre muy aumentado, y en nuestras observaciones aparecen siempre, o casi siempre, más de un centenar por milímetro cúbico, cifra que en algún caso ha llegado hasta a 380 elementos por milímetro cúbico.

Los linfocitos se encuentran de ordinario al estado de pureza, lo que no ocurre en la meningitis tuberculosa, en la cual hay también hiper linfocitos, pero agregada a polinucleares y a células endoteliales.

En la parálisis general este síntoma es tan precoz que Cornil lo considera como el primero en aparición. Su enorme importancia fue puesta fuera de discusión por Joffroy en el Congreso de Grenoble. Para Monod, Séglas y Nageotte, la hiper-

linfocitosis es tan constante como el Wassermann o la reacción de Guillain, y forma con ellas y la hiperalbuminosis las cuatro célebres reacciones de Nonne, con las cuales puede afirmarse la existencia de una parálisis general. Pero, a pesar de todo, la sola linfocitosis no permite hacer un diagnóstico entre una sífilis nerviosa y una parálisis general; sólo en el estudio de conjunto del síndrome humoral encontraremos la diferente significación clínica que para estas enfermedades tiene la linfocitosis.

Según Stewart, la linfocitosis es más marcada en la parálisis general que en cualquiera otra afección orgánica del cerebro, y encuentra este autor un caso en el cual pudo contar hasta 295 elementos por milímetro cúbico; en otro caso para una simple disminución de la memoria, en el cual sospechaba una parálisis general, encuentra 239 linfocitos, lo cual le permite ratificar el diagnóstico. Sin embargo, se ha encontrado casos excepcionales en los cuales el número de linfocitos era normal, como sucede en uno de Achard; en algunos de Laignel-Lavastine y de Grenet; pero, o ha sido un error de técnica o son excepciones a la regla de la linfocitosis, según lo afirman Gilbert-Ballet y Delherm.

Con el tratamiento, la linfocitosis en la parálisis general y en la tabes no sufre ninguna modificación, excepto casos rarísimos, diferente en esto a la sífilis nerviosa, cuya polinucleosis y especialmente la linfocitosis pueden volver a la normal. Sólo poseemos dos observaciones que afirman por completo esta aserción; el primero, muerto hace algún tiempo, y que en su primer análisis del líquido céfalo raquídeo marcó una pleocitosis de 230 elementos celulares por m. m. c., y una linfocitosis de 100%, y las reacciones de Nonne y Apelt, el Wassermann, y el benjuí coloidal intensamente positivas; en este enfermo por el tratamiento se redujo la pleocitosis hasta contarse sólo 16 elementos celulares por m. m. c., en un análisis posterior. El segundo caso concierne a un asilado paralítico general, cuyo primer análisis verificado en mayo de 1926, dió el siguiente resultado:

Wassermann.....	++++	Intensamente positivo
Albúmina.....	2 grms. por mil.	
Benjuí coloidal.....	2-2-2-2-2-1	
Reacción de Pandy.....	positiva	
“ “ Nonne.....	“	
“ “ Noguchi.....	“	
“ “ Weichbrodt.....	“	
Pleocitosis.....	5 elementos por m.m.c.	
Tensión.....	1º. 31 y 2º. 23	

Como en esos días estaba en todo su apogeo el tratamiento de la parálisis general por la triparsamida, la cual se consideraba como un verdadero específico para esta enfermedad, resolvimos ensayarla en este enfermo. Después de cinco meses de intenso tratamiento por esta sustancia, y en vista de que la enfermedad seguía su curso fatalmente hacia la demencia, se resolvió controlar el resultado del tratamiento, y al efecto se ordenó un segundo análisis del líquido céfalo-raquídeo que dió el siguiente resultado:

Wassermann.....	Anticomplementario
Albúmina.....	0, 30 grnis. por mil
Reacción del benjuí coloidal.....	0-0-0-0-0 0
Reacción de Nonne.....	Negativa
Reacción de Noguchi.....	Negativa
Tensión inicial.....	30
"    final.....	30

A pesar de este resultado tan halagador, los síntomas psíquicos: el delirio megalomaniaco, las alucinaciones y desdoblamientos de la personalidad y la demencia progresiva no han mejorado en lo más mínimo.

Posteriormente se le instituyó el tratamiento malarioterápico, con un resultado negativo, porque el hematozoario, a pesar de todos nuestros esfuerzos, no germinó en este enfermo. No es el primer caso en que la malarioterapia ha fracasado entre nosotros; cuando escribamos sobre este tópico expondremos nuestras ideas al respecto. Después de haber sido tratado según el procedimiento de Sicard, Haguénau y Wallich, se ordenó un tercer análisis del líquido céfalo-raquídeo que dió el siguiente resultado:

Wassermann.....	+ +
Albúmina.....	0,40 grms. por mil.
Reacción de Nonne.....	Positiva
"    "    Noguchi.....	"
"    "    Weichbrodt.....	"
Pleocitosis.....	118 elementos celulares por m. m. c.
Benjuí coloidal.....	2-2-2-2-1
Tensión .....	1º. 30 y 2º. 30

Una duda ha quedado en nuestro espíritu después del segundo análisis, respecto de la veracidad del laboratorio, porque es demasiado raro un caso como este, al menos en la literatura médica que nos ha sido dable consultar no hemos encon-

trado un solo caso que pueda compararse al que dejamos relatado.

### WASSERMANN

Excusémosnos de entrar en el estudio técnico de esta reacción por ser demasiado laborioso y requerir siempre la asociación del laboratorista experimentado. Nos contentaremos con hacer de esta célebre reacción un estudio crítico de conjunto, para sacar de él lo que nos convenga: saber como prácticos y no como especialistas.

Si hemos de creer a Barbé y Roenthal, el Wassermann sería superior a la reacción de la linfocitosis para el diagnóstico de la parálisis general. Para Sicard y Aguenau, esta reacción tiene tal importancia, que llegan a afirmar que es positiva en el 100% de los casos y que una reacción negativa en el líquido céfalo-raquídeo permitirá con absoluta certeza inferir el diagnóstico de la parálisis general. Semejante opinión adoptan Pierre Marie, Eichelberg, Foix y Bloch, Salomón y Koeford.

Haguenau, por el método de Calmette Missol, analiza el líquido céfalo-raquídeo de 73 casos de parálisis general confirmada clínicamente y encuentra esta reacción positiva en todos los casos, de donde se permite concluir que la constancia de la reacción de Wassermann en la parálisis general es absoluta. En la estadística de Rossi su constancia se encuentra en el 91% de los casos; para Harris es positiva en el 96,5% en 1188 parálisis generales; igual conclusión se encuentra en las estadísticas de Bravelta, Paravichini, Baccelli etc. Nunca ha sido encontrada positiva en casos en los cuales la sífilis nerviosa no era la causa; pero, aquí una reserva para el aserto de Sicard, ha sido encontrada negativa en casos bien típicos de sífilis nerviosa y aun en parálisis generales.

En algunas observaciones como las relatadas por Kafka, Plaut y el mismo Haguenau, no se permite la fórmula tan absoluta de la constancia de la reacción de Wassermann en el líquido céfalo-raquídeo; en la estadística de Harris se encuentra casos semejantes, además, Kirchberg la observa solamente constante en el 78% de los casos, y afirma que en el 22% restante la parálisis general era indudable. Más recientemente Mairet y Pieron han señalado la frecuencia relativa del Wassermann negativo en casos de parálisis general de la post-guerra. Wassermeyer y Bering, en 35 casos de parálisis general esrogidos al azar, pero confirmados clínicamente, encuentran el Wassermann negativo en 17 casos. En un enfermo nuestro asilado en el año de 1925 con el diagnóstico de parálisis general, diagnóstico que se confirmó en el Asilo clínicamente, se encuentran sus reacciones del líquido céfalo-raquídeo negativas en su totali-

dad, tanto el Wassermann como las de más reacciones, lo cual es un hecho excepcional. Este enfermo tuvo la marcha progresiva de una parálisis general y murió poco tiempo después en pleno marasmo paralítico.

De estos hechos se deduce, que si el Wassermann es realmente un elemento de diagnóstico de primer orden es aventurado asignarle el absolutismo de Sicard y Hagenau, y que debemos considerarlo sólo como un síntoma de los más seguros, pero que como un síntoma cualquiera puede faltar. Atrás hemos observado el hecho de la excepcional, pero posible negativación del Wassermann en el líquido céfalo-raquídeo, en un enfermo tratado intensamente por las sales arsenicales y actualmente en tratamiento por el método de Sicard, Hagenau y Wallich. Plaut relata un hecho muy semejante: Se trata de una enferma en período demencial completo, en la cual el Wassermann era positivo en la sangre y en el líquido céfalo-raquídeo; por un tratamiento novarsenical intenso, según la técnica de Swift-Ellis, la reacción de Wassermann desapareció por completo en el líquido céfalo-raquídeo, pero persistió inalterable en el suero sanguíneo.

Según Lhermitt, estos hechos, aunque numerosos, no constituyen sino excepcionales rarezas, la gran mayoría de los casos publicados están sujetos a caución y son cuando menos objetables. En un estudio que hace al respecto este autor, publicado en enero de 1921, en la revista «El Encéfalo» de París, concluye: «reductible y no constante en el suero sanguíneo, constante e irreductible en el líquido céfalo-raquídeo, parece ser desde el punto de vista práctico, ésta, la fórmula más justa de la reacción de Bordet Wassermann».

Haciendo el paralelismo entre el Wassermann y la linfocitosis, se encuentran opiniones muy distintas entre los autores. Para Frenkel, la linfocitosis es más constante y tiene más valor que las otras reacciones, en tanto que otros autores defienden la superioridad indiscutible del Wassermann como frecuencia y como criterio de certeza. Sin duda alguna en la parálisis general estas reacciones se complementan, para dar el *síndrome serológico máximum* de Foix y Bloch, o de las cuatro reacciones de Nonne, sin las cuales, el sentir de Lafora, nada puede afirmarse.

### REACCIÓN DE LANGE

La reacción de Lange, que para muchos autores es la más grande adquisición alcanzada en estos últimos días en neuropsiquiatría, fue puesta en práctica desde 1912. A causa de la inestabilidad del oro coloidal, como de los demás coloides metálicos, ha sido reemplazada por la reacción al benjuí de Gui-

llain, Léchelle y Laroche en el año de 1920.

La reacción de Lange, muy usada en Norteamérica, ha sido estudiada muy bellamente por Haguenu, en su tesis de París de 1920. Está fundada esta reacción en el poder floculante que que tiene el líquido céfalo-raquídeo sobre la solución de oro coloidal. Este autor ha comprobado, operando con la técnica de Lange, que la floculación era completa en los cuatro o cinco primeros tubos e incompleta en los dos o los tres tubos siguientes. Al inscribirla sobre un papel esta reacción le da una curva muy particular, «*en pullier*», seguida de una caída brusca sin oscilaciones. Es esta curva lo que Haguenu ha llamado el *tipo paráltico* de la reacción del oro coloidal.

La característica de esta reacción de Lange, es su constancia con la reacción de Wassermann, y en muchas ocasiones encontrarse positiva en casos que entrañaban duda respecto la Wassermann. Miller y Lewy encuentran positiva esta reacción en un 100% de los casos examinados; Salrsin y Cornwall la hallan positiva en el 90% de los exámenes por ellos practicados, Crinis y Frank en el 100% y Fordyce en el 99% de los casos. En la sífilis del neuroeje, como en todas las lesiones sífilíticas del sistema nervioso, la curva de Lange no se ha encontrado ser igual a la que se encuentra en la parálisis general. Además, esta reacción no sufre, según los experimentadores, con el tratamiento aún intensivo de la parálisis general ninguna modificación. De aquí su importancia para el diagnóstico y para el tratamiento de la enfermedad de Bayle.

El único inconveniente que se ha encontrado en esta reacción es la dificultad para la conservación de las soluciones del oro coloidal, que muchas ocasiones producen la floculación por sí solas.

## REACCION DE GUILLAIN, LECHELLE Y LAROCHE

Esta célebre reacción en práctica ya desde hace algunos años, ha venido a reemplazar a la reacción de Lange, por su sencillez y por su facilidad de ejecución, cuanto como por ser idéntica en sus resultados a la reacción del oro coloidal.

El dispositivo primitivo imaginado por Guillain, comprende 16 tubos de hemolisis de 3 c. c. de capacidad, dos a tres pipetas graduadas al 1x10 de centímetro cúbico y algunos vasos para soluciones.

Conforme lo escribe Lacapère, el procedimiento puede describirse así:

En el tubo No. 1 se pone	0,50 de c.c. de agua destilada
" " " " 2 " "	1,50 " " " " "



En el tubo No. 3 se pone	1	de	c.c. de agua destilada
" " " " 4 " "	1	"	" " " " "
" " " " 5 " "	1	"	" " " " "
" " " " 6 " "	1	"	" " " " "

y así sucesivamente hasta el tubo No. 16. Luégo, al tubo No. 1 se le agrega 1 c.c. de líquido céfalo-raquídeo, mezclándolo cuidadosamente; en el tubo No. 2 se coloca otro medio centímetro cúbico de líquido céfalo-raquídeo, mezclándolo con cuidado; en el tubo No. 3 se deposita 1 c.c. del contenido en el tubo No. 2; para el tubo No. 4 se toma 1 c.c. del contenido en el No. 3, y así hasta el tubo No. 15, mezclándolos con suavidad; de este tubo se toma como de los anteriores un c.c. y se bota. El No. 16 no contiene, pues, líquido céfalo-raquídeo, y sirve como tubo testigo; los demás tubos contienen soluciones de líquido céfalo-raquídeo que decrecen desde el  $1/2$ ,  $1/4$ ,  $1/8$ ,  $1/16$ ,  $1/32$ , etc.

Después en cada tubo se deposita 1 c.c. de una emulsión de benjuf de Sumatra hecha extemporáneamente, la cual se prepara del modo siguiente: Se hace disolver un gramo de benjuf en 10 c.c. de alcohol absoluto y se espera 48 horas que se haga la disolución, se decanta y se trasiegan tres décimas de c.c., las cuales se mezclan suavemente con 20 c.c. de agua destilada, llevada al Baño-María a 35°. El líquido tiene la coloración de la solución de anís en agua.

Puesto ya 1 c.c. de esta emulsión en cada tubo, se lleva a la temperatura del laboratorio y después de una permanencia allí de 12 horas, se leen los resultados; la reacción es negativa si la opalescencia es igual a la del tubo testigo; es positiva cuando se forma un precipitado especialmente en los cuatro primeros tubos, sobremontado de un líquido claro o poco coalescente. Se anota con un *cero*, si la solución de un tubo cualquiera es igual en opalescencia al tubo de la solución del benjuf; *uno*, si el tubo examinado tiene aspecto turbio, pero con precipitado abundante; *dos*, si el líquido de un tubo es claro, casi como agua pura y con precipitado en el fondo.

Es posible entonces formar curvas con estos números, que correspondan a afecciones definidas, tales como la parálisis general, la meningitis sífilítica o la meningitis tuberculosa.

Una curva anotada así: 2-2-2-2-2-2-2-2-1-0-0-0-0-0 o 1-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-0-0-0. Es curva de una intensidad sorprendente, que se encuentra en caso de fuerte hiperalbuminosis, propia de la parálisis general y de la tabes, que se ven adelantar mucho en la serie. A pesar de todo creen Guillain, Larroche y Léchelle, que no es posible oponer un tipo paraltico definido, a un tipo de sífilis nerviosa; y que además, en casos de parálisis generales auténticas, es posible en las remisio-

nes o por el tratamiento volver la reacción a la normal.

En la sífilis meníngea se observa la curva siguiente:

1-1-1-0-0-2-2-2-2 0-0 0-0-0-0 0

1-1-2-2-2-1-1-2-0-0-0-0-0-0-0.

También se ha observado en casos de meningitis tuberculosa una precipitación desde el tubo No. 6 hasta el No. 13 o 14, lo cual sirve para hacer entre esta afección, cuando la acompañan desórdenes mentales y las afecciones sífilíticas y parasifilíticas, una buena diferenciación.

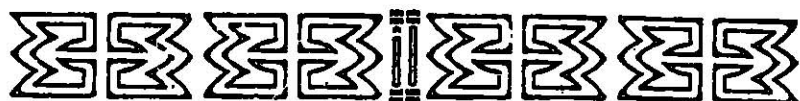
Actualmente esta reacción se practica con 5 o 6 tubos solamente, con resultados idénticos a la reacción primitiva. La concordancia entre la reacción del benjuí y el Wassermann ha sido observada en 83% de los casos, según Lacapère. En los 17 casos restantes, 11 veces el Wassermann fue positivo y el benjuí negativo, en los otros 6 casos el benjuí se mostró positivo y el Wassermann negativo. Duhot y Grampon, citados por Lacapère, incluyen: «Si la reacción de Wassermann, es más fina y más sensible, sobre todo en casos en donde no se trata de parálisis general, pero si de tabes o de sífilis nerviosa, las reacciones al benjuí coloidal tienen la ventaja de ser extremadamente fáciles, rápidas y prácticas».

En la hora actual, conceptúa Lacapère, las nociones de Laboratorio deben ser muy bien conocidas de todos los médicos que quieran prescribir a sus enfermos algo distinto a un tratamiento sintomático, porque ellos son un guía para saber interpretar las enseñanzas que les suministra la clínica y al cual se ven obligados a recurrir. Es imposible también hacer a un lado la clínica, porque ella jamás podrá ser destronada por las pesquisas del Laboratorio, sino complementada, y eliminar la parálisis general, dice Lévi-Valensi, cuando el síndrome humoral falta, me parece tan absurdo como admitirla sólo por el síndrome humoral en ausencia de signos clínicos, como lo hacen los americanos en la descripción de sus parálisis generales sin parálisis, es decir por las reacciones meníngeas descritas por Ravaut».

Ninguna de las reacciones cuyo estudio acabamos de hacer, tiene un valor patognomónico en el diagnóstico de la parálisis general, ninguna de ellas descifra el problema en los casos dudosos. Como dice Lhermitte, el estudio de estas reacciones debe hacerse en conjunto de la misma manera como se hace el estudio de la anatomía patológica, en la cual ninguna de las lesiones observadas es propia de la parálisis general exclusivamente. Todas las reacciones, una a una, se encuentran en muchas enfermedades del sistema nervioso; la hiperalbumino

sis, por ejemplo, en la meningitis tuberculosa se encuentra tan exagerada o más que en la parálisis general, la citología es común y lleva casi la misma fórmula en donde quiera se haga una reacción meníngea. El Wassermann mismo y las reacciones coloidales no tienen la característica que en la parálisis general le asignan algunos autores. Lo que marca el sello especial en la demencia de Bayle al síndrome humoral, es el conjunto de estas reacciones, su persistencia a pesar de un tratamiento intensivo, salvo rarísimas excepciones. Este cuadro humoral lo constituyen la reacción de Wassermann positiva hasta con 0,5 de centímetro cúbico de líquido cefalo-raquídeo, la pesquisa positiva de la hiper-albuminosis y de la hiper-linfocitosis, agregadas a la positividad de las reacciones de floculación de Lange, y de Guillain, Larroche y Lechelle; sin hacer caso omiso, como antes lo hemos dicho, de los recursos que la clínica nos proporciona, la cual permanece como primer elemento para el diagnóstico en ocasiones difíciles de la enfermedad de Bayle.





# Estudio Clínico

## FORMAS CLÍNICAS

*De motu proprio* nos abstenemos de hacer un estudio detallado de la parálisis general en su parte clínica, para ocuparnos con predilección de las formas que con más frecuencia se observan entre nosotros.

Es bien sabido—y no es ello un cargo para nadie—que la mayoría de los médicos no especializados en el estudio de las enfermedades mentales no conocen de la parálisis general sino la forma expansiva o megalomaniaca, tal como se describe en la sección de neurología de los tratados de patología interna. Las demás formas, que fácilmente pueden confundirse con las más variadas afecciones psíquicas, no son sino muy imperfecta y superficialmente conocidas.

A ninguno se le escapa la importancia de un diagnóstico precoz de la parálisis general, especialmente en su período prodrómico, tanto en lo que se refiere al enfermo mismo, como por las consecuencias familiares y sociales que esta enfermedad trae consigo. Todo médico, en las actuales circunstancias, con los progresos que en estos tiempos ha adquirido el laboratorio, está capacitado para sentar sobre bases firmes un diagnóstico de enfermedad de Bayle en sus más variadas formas. Es una cuestión a la vez de orden social y de responsabilidad profesional.

*Forma expansiva o maniaca.* Es la forma de parálisis general más conocida de lo médicos, que se encuentra descrita con su delirio propio en los manuales de patología interna. Se presenta desde el período inicial de la afección, muchas veces precedida de fenómenos neurasténicos o de astenia simple.

El principal síntoma que se presenta en esta forma es la expansividad, es un estado de íntima euforia, de exaltación de todas las facultades anímicas del individuo, con hipertimia e ideas delirantes de grandeza y de suficiencia personal. El enfermo se cree poseedor de grandes riquezas, de gran sabiduría y

poderío, lo tiene todo, lo sabe todo y lo puede todo; sus riquezas se cuentan por cifras fantásticas, su delirio reviste todos los matices desde la simple idea delirante hasta las más inverosímiles concepciones de su fantasía enferma. Es la forma descrita por Régis con el nombre de *dinamia funcional*.

Estos enfermos hablan de proyectos fantásticos que han realizado o se proponen realizar, de inventos que los harán célebres etc. En su delirio altruista compran objetos o reparten sus bienes a beneficio de asilos o de casas de protección; a veces se imaginan ser reyes, príncipes, dioses o profetas, y haciendo uso de los derechos y prerrogativas que les confiere su estado delirante reparten títulos y propiedades, que no poseen, a sus amigos.

En las formas más agudas de esta enfermedad la expansividad puede llegar a la más alta exaltación maniaca, con todas las reacciones características de estos estados, que requieren un internamiento de urgencia.

Cuando la parálisis general reviste esta forma puede con facilidad confundirse con los diversos estados psíquicos en los cuales se encuentran fenómenos claros de manía aguda.

El diagnóstico diferencial entre estas dos formas podrá hacerse por las consideraciones siguientes: 1o. Por la observación de la edad; la manía aguda se presenta de ordinario en una edad más precoz que la parálisis general. 2o. Por los caracteres del delirio; en la manía aguda éste es más sostenido, más coherente, si a veces reviste tintes megalomaniacos nunca presente la movilidad, la enormidad y el carácter absurdo del delirio de grandezas de la parálisis general; «la incoherencia no es sino aparente y debida a la asociación de las ideas». (R. Chastantier) 3o. La disartria, la amnesia, las perturbaciones pupilares, son síntomas que como el debilitamiento mental y los desórdenes caligráficos no pertenecen a la manía aguda.

Una dificultad puede observarse en el diagnóstico diferencial de esta forma con la excitación episódica de la demencia precoz. La demencia es el principal punto de reparo para este diagnóstico: *global y progresiva* en la parálisis general, es sólo *parcial* y no hiere en conjunto las diversas facultades intelectivas en la demencia precoz. La característica principal de esta última afección es la permanencia normal aun en los más avanzados estados en algunas de estas facultades, cuando otras hace tiempo han desaparecido (discordancia).

La etiología hace por sí misma el diagnóstico entre la excitación maniaca del alcoholismo crónico y la exaltación afectiva de la parálisis general. Sin embargo, en casos de parálisis general «arrosées», la duda puede presentarse en el espíritu del clínico, duda que se solucionará con el sólo hecho del aislamien

to y de la supresión del tóxico. En el parálítico general los fenómenos demenciales subsisten más o menos aparentes, en tanto que en el alcoholismo crónico o agudo, el estado de obnubilación intelectual y de excitación desaparecen con la eliminación del alcohol.

### OBSERVACION N.º 2.

Servicio de Clínica Mental del doctor L. Uribe C.

N. N. de Ebéjico de 38 años de edad, mulato, agricultor, casado, entra al asilo el 8 de septiembre de 1925.

*Antecedentes hereditarios.* Sin importancia.

*Antecedentes personales.* Ha sido alcohólico. Hace quince años sufrió un chancro de carácter específico, con veladas manifestaciones secundarias, para las cuales fue tratado con el 914 y el mercurio. *Es un palúdico en evolución.* (!!).

*Estado actual.* Entra al asilo en un verdadero estado de superexcitación maniaca con agresividad, y con todas las características de su exaltación: pega, grita, canta, rompe sus vestidos, inquieto, logorreico, agotado; existe una incoherencia manifiesta con fuga de ideas y desorientación en el tiempo y en el espacio. De hace algún tiempo para acá ha presentado ideas delirantes de grandeza y posesión de riquezas; ha expresado y expresa ideas absurdas, concibe proyectos en desarmónía con sus posibilidades pecuniarias. Este delirio posee las características que Falret ha asignado a esta clase de delirios de megalomanía.

*Examen somático.* Temblor generalizado, fibrilar en los labios, en la lengua y en los dedos, *signo del dactilógrafo*, disartria, perturbaciones pupilares, anisocoria, signo de Argill-Robertson positivo, signo de Magnan. Reflejos tendinosos exagerados, signo de Babinski positivo, trepidación epileptoide del pie derecho. Marcha temblorosa y difícil con fenómenos espasmódicos. Aparato respiratorio, circulatorio, digestivo y genito-urinario normales.

Reacción de Wassermann en la sangre...positiva

El examen de líquido céfalo-raquídeo dio el siguiente resultado:

Aspecto.....	Cristalino
Tensión.....	Moderada
Albúmina.....	0,20 grms. por mil
Reacción de Nonne.....	Negativa
“ “ Noguchi.....	“
“ “ Wassermann.....	H. 8.
Pleocitosis.....	Nula
Fórmula citológica.....	“

En vista de este resultado hubimos de variar en nuestro diagnóstico primitivo por los síntomas clínicos. Un examen posterior del estado mental y físico del enfermo nos dio el siguiente resultado; calmado, aunque se observa un fondo de excitación delirante, su disartria y el temblor se han acentuado de manera tan neta y característica que es casi imposible entender lo que dice el enfermo; emite ideas delirantes micromegalomaniacas, dice que posee gran número de cargas de yuca y café, se cree enviado especial de Dios ante los hombres; comete actos absurdos e inmorales que denotan su decaimiento moral y la falta de autocritica; come jabón, estiércol, (escatofagia) (coprofagia), sobreexcitado genitalmente comete prácticas obscenas delante de sus coasilados. Su amnesia es característica: no recuerda el número de sus hijos ni sus nombres, como tampoco el suyo ni el de su mujer; cuando habla de su hijo mayor dice que tiene más años que su padre.

Insensiblemente entra con sus perturbaciones demenciales en un estado de gatismo paralítico; pierde involuntariamente sus orinas y materias fecales, las cuales devora, se llena de escaras y muere en un verdadero estado caquéctico y marástico.

Por la evolución de la enfermedad, sus síntomas, su marcha y su terminación, sostuvimos el diagnóstico de una parálisis general en forma maniaca, a pesar de lo que en contrario nos dijo el laboratorio. Es un caso importante por demás y que nos demuestra que en ningún caso nuestras enseñanzas clínicas deben ser postpuestas al dictamen del laboratorio.

La forma de parálisis general con síndrome humoral negativo es muy rara y de una interpretación demasiado difícil. Para estos casos, en términos generales priman las enseñanzas clínicas sobre cualquiera otra consideración.

### OBSERVACION No. 3

N. N. del Retiro, de 34 años de edad, raza blanca, casado, comerciante, entra al asilo el 13 de junio de 1924.

*Antecedentes hereditarios* Sin importancia.

*Antecedentes personales.* Sufrió hace diez años un chanero de carácter específico, con manifestaciones secundarias. (Sifilides erosivas de los labios, placas mucosas en la garganta, en el paladar y en el escroto etc.)!! Ha sido tratado por espacio de dos años por los procedimientos clásicos antisifilíticos. Contrajo matrimonio seis años después de adquirido el chanero y hubo en él un niño que nació con marcados estigmas de heredosifilis.

En el año de 1922 se presentaron las primeras manifestaciones demenciales: incorrecciones en su vida social, fallos de me-

moria; con frecuencia olvidaba sus quehaceres ordinarios; en su almacén entregaba o cambiaba frecuentemente los artículos que se le quería comprar, equivocaba el camino que de su casa conducía a él; errores frecuentes en sus cuentas etc. Alguna vez sufrió un ictus amnésico, durante el cual vagó por las calles de esta ciudad en busca del hotel en donde se hospedaba. Varios meses después tiene ideas delirantes de posesión de riquezas, se cree dueño de fincas extensas, gasta en su persona y en su casa un lujo desmedido en desproporción con sus posibilidades pecuniarias; se ofrece a hacer reparaciones en las casas de sus parientes de una manera gratuita, las cuales cobra después de manera un tanto incorrecta.

En 1924 se presenta una fuerte excitación maniaca, con ideas de agresividad que exigen un aislamiento inmediato.

*Examen mental.* Delirio expansivo, excitación psicomotriz con agresividad, megalomanía; se cree millonario, altruista, filántropo, valeroso y fuerte; presenta ideas absurdas sembradas en un notorio estado demencial; amnesia completa, muy marcada para los hechos recientes, logorrea, errores de cálculo muy característicos de un estado demencial avanzado; indiferente respecto a su estado, hipertímico.

*Examen somático.* Desnutrición acentuada, tinte terroso pálido de los tegumentos, subictericia, ¡ha sufrido fiebres palúdicas en repetidas ocasiones!, reflejos tendinosos exagerados; temblor fibrilar generalizado en los dedos, en los labios y en la musculatura facial, signo del dactilógrafo positivo, signo de Magzan o de la trombona; disartria en las palabras de prueba y en la conversación ordinaria, perturbaciones psicológicas. Pupilas desiguales, de contorno irregular; signo de Argill-Robertson positivo; escritura desigual con perturbaciones caligráficas muy marcadas; irregularidades en los rasgos, faltas de ortografía y de gramática que no se observaban anteriormente en el enfermo; perturbaciones psicográficas.

Wassermann de la sangre..... + + + +

El análisis del líquido céfalo raquídeo

dió el siguiente resultado:

Cantidad..... 12 c. c.

Aspecto..... Cristalino

Tensión..... 1° 35 y 2° 10 al

manómetro aneroide de H. Claude.

Albúmina..... 0,85 grms. por litro

Pleocitosis..... 12 elementos ce-

lulares por m. m. 3.

Linfocitosis..... 100% cuatro elementos por campo.

Reacción de Nonne..... + + + positiva intensa.



Reacción de Noguchi...	+	+	+	"	"
" " Wassermann	+	+	+	"	" con 02 de cc.
" " Guillain .....	2	-2	-2	-2	-1
" " Pandey.....	+	+	positiva		
" " Weichbrodt	+	+	"		

Vuelto este enfermo al seno familiar después de haber cesado los fenómenos maniacos, la demencia sigue su marcha progresiva y fatal, y después de una duración de tres años con fenómenos de puerilismo (se creía ser un niño "chiquitico y muy bonito"), muere a consecuencia de un ictus.

La mayor importancia que esta observación presenta es el ser por sí misma un argumento en la teoría unicista, como atrás lo hemos visto en la etiología,

#### OBSERVACION No. 4.

P. M. A. de Medellín, 26 años de edad, mulato, soltero, limpiabotas. Entra en el Asilo el 10 de abril de 1926.

*Antecedentes hereditarios.* No se conocen.

*" personales:* Alcohólico; sufrió un chancro hace varios años con caracteres de especificidad, para el cual no se hizo ningún tratamiento. Desde hace dos años se queja de perturbaciones del carácter consistentes en crisis momentáneas de furor; entre días presenta alternativas de depresión y de expansión; alguna dificultad para expresarse.

*Estado actual.* Ideas delirantes de grandeza y de posesión de riquezas, cuenta que tiene 500 automóviles en servicio en la plaza de Berrío, que le producen más de «mil millones diariamente»; expone proyectos absurdos de grandeza; se hará rey de todo el mundo, es un santo, hace milagros, cura los locos, embetuna los zapatos de sus clientes con oro y mármol.

*Examen somático.* Desnutrición, microcefalia, asimetría facial y craneana, oreja irregular, paladar ojival, mala implantación de los dientes; le falta la tercera falange de los dedos segundo y medio de ambos pies; disartria, temblor fibrilar de la lengua, de los labios y de los dedos, signo de Magnan y del dactilógrafo positivos; anisocoria, signo de Argill-Robertson, positivo reflejos exagerados.

Wassermann de la sangre..... + + + +

El análisis del líquido céfalo-raquídeo dió el siguiente resultado:

Albúmina..... 0,50 grms. por litro.

Pleocitosis.. ... 5 elementos celulares por m. m 3.

Tensión ..... 1° 20 y 2° 15 al manómetro de Claude.

Reacción de Wassermann	+	+	+	+
" " Guillain.....	2	-2	-2	-1-1
" " Weichbrodt...	+	+	positiva	
" " Nonne .....	+	+	"	
" " Noguchi.....	+	+	"	
" " Pandy.....	+	+	"	

Poco después de su entrada al Asilo se presenta una crisis de excitación maniaca con sus reacciones características, negativismo alimenticio, movilidad de ideas, euforia e hipertimia; se cree el hombre más feliz del mundo, hace regalos a sus enfermeros de varios millones de pesos oro, se imagina que todo lo que ve le pertenece; pérdida total de la autocrítica y del sentido moral, vive desnudo profiriendo palabras obscenas. Una vez calmado se observa que su delirio ha ido limitándose paulatinamente, haciéndose cada día más absurdo y contradictorio, ha perdido la movilidad de ideas, el temblor es generalizado; la amnesia es completa, no recuerda cuándo vino al Asilo ni su nombre; no tiene conciencia de su personalidad.

Se le instituye un tratamiento por la malarioterapia, mediante la inyección de 2 c. c. de sangre de palúdico, intramuscular e intradérmica. Como nuestra primera tentativa de inoculación hubiese fracasado, volvimos a practicarla, siempre con la misma técnica y con idéntico resultado. En vista de este resultado negativo del tratamiento malarioterápico se le aplican inyecciones de mutanol y de 914. A pesar de todo la enfermedad sigue su marcha ordinaria y el enfermo muere caquéctico en pocos meses.

#### OBSERVACION No. 5

F. B de Medellín, 42 años de edad, mestizo, casado, ebamista. Entra en el Asilo el 20 de Abril de 1925.

*Antecedentes hereditarios.* Desconocidos.

*personales.* Hace algún tiempo tuvo una crisis de manía aguda; es un alcohólico inveterado, con estados alucinatorios terroíficos, con impulsos agresivos. Específico.

*Estado actual.* Entra en el Asilo en un estado de miseria lastimoso, sucio, emporcado hasta lo indecible con sus mismas deyecciones; excitación psicomotriz intensa, con agresividad, logorrea, incoherencia de sus ideas y delirio de grandeza y de posesión de riquezas; moviñidades y falta de atención.

*Examen somático.* De nutrición, sialorrea, lengua sucia, aliento fétido. Reflejos tendinosos exagerados, trepidación epileptoide de los pies, temblor fibrilar de los dedos y de los labios, signo de Magnan, disartria; el debilitamiento mental es muy manifiesto tanto en la conversación como en la lectura;

marcha espasmódica e incoordinada; al caminar el enfermo arrastra los pies y los deja caer fuertemente sobre el talón.

La excitación es tal que es preciso mantenerlo contenido por los procedimientos habituales; ha perdido la autocritica, vive desnudo y cumple sus necesidades fisiológicas en donde está, sin preocuparse por los que lo rodean.

Wassermann en la sangre..... + + + +

Examen del líquido céfalo-raquídeo:

Cantidad..... 15 c. c.

Aspecto..... cristalino

Tensión..... 1º 40 y 2º 33 al H. Claude.

Albúmina..... 1,20 grms. por litro.

Pleocitosis..... 25 elementos celulares por m.m.3.

Linfocitosis..... 100% hasta 5 por campo.

Reacción de Wassermann..... + + + + hasta con O, 1 c. c.

    "    "    Nonne..... + + positiva

    "    "    Noguchi..... + + "

    "    "    Weichbrodt..... + + "

    "    "    Pandy..... + + "

    "    "    Benjuf coloidal..... 2-2-2-2-1.

El diagnóstico en este caso no reviste dificultad ninguna; la enfermedad sigue su marcha progresiva hasta que un día se encuentra muerto este enfermo en su cama a consecuencia de un ictus paralítico.

#### OBSERVACION No. 6.

A. V. de Quidó, de 24 años de edad, mulato, soltero, sastre. Entra al Asilo el 7 de enero de 1924.

*Antecedentes hereditarios.* No se conocen.

*personales.* Ha sido alcohólico desde niño, sufrió hace unos seis años un chancre de naturaleza específica. Como todos los de su región es palúdico(11). Ha sido internado en el Asilo por asesinato en la persona de un agente de policía, crimen del cual se le consideró irresponsable.

*Estado actual.* Entra lúcido, correcto, orientado, inafectivo, inestable, con una anestesia moral muy manifiesta. En un principio se creyó que estaba en presencia de una forma constitucional o de una locura moral. Pocos días después se practica una reacción de Wassermann en la sangre, que resulta incensablemente positiva. Pide se le ocupe en los quehaceres de ta casa y aprovecha el momento oportuno para fugarse. Vuelto al Asilo, vive retraído por algunos días, luego entra en un delirio de interpretación polimorfo, rechaza los alimentos por ser indignos de él, muestra ideas inestables delirantes de grandeza, móviles, que desaparecen por épocas y aparecen cada

vez más manifiestas con su tendencia expansiva.

Se trata de su especificidad por los antisyfílticos habituales hasta obtener la negativación de la reacción de Wassermann.

Tuvo un período de calma de bastante duración, durante el cual se le ocupó en los quehaceres del Asilo; pero últimamente sus ideas delirantes han tomado cuerpo hasta constituir un verdadero delirio expansivo; habla de riquezas, de tener muchos tesoros escondidos, de suficiencia personal, se cree el mejor sastre del mundo, muy noble, tiene en preparación varios libros científicos. A todo esto pide de continuo un cigarrillo porque dice no tener con qué comprarlo.

Examen del líquido céfalo-raquídeo;

Cantidad.....	10 c. c.
Aspecto.....	crystalino
Tensión.....	1° 38 y 2° 32 al H. Claude
Pleocitosis.....	22 elementos por m. m3.
Albúmina.....	1,40 por mil.
Reacción de Guillain.....	2-2-2-2-2-1
“ “ Nonne.....	negativa
“ “ Wassermann.....	“
“ “ Noguchi.....	+ + positiva total
“ “ Weichbrodt.....	+ + “ “
“ “ Pandy.....	+ + “ “

*Síntomas somáticos.* Temblor fibrilar en los dedos, muy notable en los labios, especialmente cuando el enfermo habla o lee, espasmo muy visible nasolabial; disartria especialmente para aquellas palabras compuestas por labiales o por letras silvantes. En su escritura se encuentran perturbaciones de orden caligráfico y psicográfico como puede verse en la figura siguiente. Sus pupilas son rígidas, un poco desiguales sin reacción a la luz ni a la acomodación; reflejos rotulianos exagerados, signo de Babinski positivo.

En los últimos días ha presentado brotes de excitación maniaca durante los cuales los síntomas mentales se acentúan; el delirio expansivo se hace cada día más característico, ha perdido su autocrítica, expresa ideas absurdas y concepciones descabelladas, dice ser un incomprendido, que es muy grande para vivir encerrado en un Asilo. Su debilitamiento mental es muy marcado.

Ante un síndrome serológico y mental como el que acabamos de relatar, es imposible, a pesar de lo que dice Sicard respecto del Wassermann, no sentar el diagnóstico de parálisis general en este enfermo.

Actualmente se le trata por las sales arsenicales bajo di.

versas formas, sin que ningún síntoma haya retrocedido. Es conveniente llamar la atención hacia este caso, uno de los muchos que han venido al Asilo en evolución aguda de un paludismo.

## OBSERVACION No. 7.

E. U. de Medellín, 33 años de edad, blanco, casado, carnicero. Entra al Asilo el 15 de junio de 1923.

*Antecedentes hereditarios.* Familia psicopática.

" *personales.* Sífilis y alcohol.

*Estado actual.* Reacciones agresivas intensas con gran excitación de las esferas afectiva y motriz; se ha constituido un peligro para su familia. Su estado mental es difícil de examinar porque su movilidad de atención no lo deja sostener un interrogatorio conveniente. Sin embargo, en el examen mental se observan ideas de grandeza y de suficiencia personal; viene ataviado con extravagancia, porque su mayor preocupación es la idea de ser rey; presenta perturbaciones motoras que hacen su marcha difícil, temblor general, signo del dactilógrafo, disartria, signo de Magnan, anisocoria, Romberg y Argill Robertson positivos.

Wassermann en la sangre.....	+	+	+	+
Análisis del líquido cefalo-raquídeo:				
Cantidad.....	20	c.	c.	
Aspecto.....	cristalino			
Tensión.....	1°	40	y	2° 38
al manómetro de Claude.				
Albúmina.....	0.71	grmos.		
por mil.				
Linfocitosis.....	100	%		
Pleocitosis.....	48	elementos		
celulares por m. m. cub.				
Reacción de Wassermann.....	+	+	+	+
intensamente positiva.				
" " Nonne.....	+	+		positiva
" " Noguchi.....	+	+		"
" " Weichbrodt.....	+	+		"
" " Guillain.....	2	-2	-2	-1

*Diagnóstico.* Parálisis general, forma expansiva.

Después de una permanencia de quince días en el Asilo, muere este enfermo en un ictus paralítico. Es de observarse como dato importante la rapidez de evolución y la agudeza de los síntomas en este caso.

## OBSERVACION No. 8.

M. A. G. 41 años de edad, viudo, mestizo, jornalero de Aguaias.

Antecedentes *hereditarios*. Sin importancia.  
 " *personales*. Sífilis

*Estado actual*. Calmado, no ha tenido fenómenos de excitación maniaca. Presenta un hermoso delirio expansivo, en el cual da notas tan absurdas y de tanta enormidad que es más bien un juego de fantasía incomprensible. «Dios me selló en la espalda, dice el enfermo, y por esto me regalaron la República, tengo cien millones de libras esterlinas en el banco de Rionegro, soy dueño de todo el mundo». Dice haberse muerto y haber resucitado a la media hora, resucita muertos por medio de oraciones; rompe el cielo y las estrellas, "poniéndoles frutas para que aparezcan" ha nacido grande, buen mozo y se "parece a la virgen y a los autos". Asegura no ser casado y acto continuo habla de sus tres mujeres; la primera, dice, se murió de dos años y tuvo quince hijos; la segunda asistió a la vagamundería 100 años, hasta que de ser vagamunda se volvió polvo. Después casó con una tercera mujer, "muy estudiada, que casi conoce la ciencia mia". Cuenta que tiene 20 años y que con la segunda mujer vivió 40 años y que tuvo quince hijos; su última mujer era muy bonita y se parecía a *cualquier retrato*.

Confrontado por su falta de raciocinio respecto a la edad y al tiempo que vivió en sus tres matrimonios dice que eso se explica no contando las fechas; cuenta que se hizo bello y fuerte comiendo azufre del páramo y polvo de mina, que tiene una mina tan rica que tiene que lavar diariamente su ropa para sacarle el oro que se le pega, y que brilla como el sol. Repetidamente pregunta porque no le sirven estrellas en los alimentos.

En sus cálculos comete errores de magnitudes no imaginadas; "en el cielo hay cien estrellas, en donde tengo diez vacas en cada una; cien libras esterlinas es un millón." En su delirio se imagina venirse del cielo en automóvil, y dice caer en el firmamento de abajo, en la cabecera del cual tiene cien iglesias, las cuales vacuna con oro.

En el mismo estilo se expresa siempre respecto a su persona y a todo lo que le rodea; sus ideas son característicamente absurdas y móviles, conforme a los delirios descritos por Falret.

Exámen somático. Reflejos tendinosos exagerados, temblor fibrilar generalizado en los dedos, los labios y la musculatura



**Fig. 1.— Paralítico general, tipo eufórico**

(Colección del autor)

facial; signo de Magnan, anisocoria, signo de Argill-Robertson positivo; disartria muy marcada.

Wassermann de la sangrc.....	+ + +
Líquido céfalo-raquídeo:	
Reacción de Wassermann.....	+ + + con 0.1 c. c. de líquido
“ “ Nonne.....	+ + positiva
“ “ Noguchi.....	+ + “
“ “ Weichbrodt.....	+ + “
“ “ Guillain.....	2-2 2-2-1-0
Pleocitosis .....	88 elementos por m. m. cub.
Albúmina.....	0.45 por mil.
Tensión.....	gota a gota.

En la actualidad este enfermo presenta un estado general y mental tan precario que hacen temer un desenlace fatal en breve tiempo. El tratamiento por la malarioterapia ha sido un fracaso.

#### OBSERVACION No. 9

A. M. de Titiribí, de 60 años de edad, blanco, casado, minero, entra al Asilo el 4 de junio de 1924.

*Antecedentes hereditarios.* Familia psicopática.

“ *personales.* Chancro específico hace trece años, para el cual fue tratado de manera insuficiente. *Palúdico en evolución aguda* (!!)

*Estado actual.* Delirio de grandeza, dice que es Dios, que va para Roma a regañar al Papa; tiene muchas minas, pero que todas las empleará en obras de beneficencia. En su estado mental, además de estas ideas de grandeza, existen algunas de persecución, dice que sus enemigos pretenden encerrarlo en la cárcel o matarlo, no respetando “su empleo de Dios”; se cree dispensador de atributos divinos como la misericordia, habla constantemente bajo la influencia de su delirio, tiene mucho talento, mucha ciencia, ha estado en el infierno, el cual pinta con caracteres maravillosos; volverá allá dentro de mil años para traer unos “pilares de oro para apuntalar el cielo”. Es realmente un hipermegalómano en cuanto a posesión de riquezas; ha perdido su autocritica y tiene momentos de excitación intensa con reacciones de agresividad.

*Examen somático.* Disartria y perturbaciones psicológicas, temblor fibrilar de los dedos, los labios y la lengua, signo de Magnan, Argill-Robertson y de Romberg positivos; reflejos exagerados; marcha dudosa, titubeante, anisocoria y desigualdad pupilar.



Wassermann de la sangre.....	+	+	+
Líquido céfalo-raquídeo:			
Cantidad.....	19	c.	c.
Aspecto.....	cristalino		
Tensión.....	1° 29	y	2° 13 al H. Claude
Albúmina.....	0.80 grms. por mil		
Pleocitosis.....	120 elementos celulares por m, m. cúbico.		
Linfocitosis.....	100% hasta 16 linfocitos por campo.		
Reacción de Nonne.....	+	+	+intensamente positiva
“ “ Noguchi.....	+	+	“ “
“ “ Wassermann....	+	+	“ “
“ “ Pandey.....	+	+	“ “
“ “ Weichbrodt.....	+	+	“ “
“ “ Guillain.....	2-2-2-2-2-1		“ “

Cuando apenas empezaba el tratamiento conforme al procedimiento de A. Marie, muere a consecuencia de un ictus parálítico.

#### OBSERVACION No. 10

S. G. de San Rafael, de 36 años de edad, raza blanca, soltero, telegrafista, entra el 28 de junio de 1924.

*Antecedentes hereditarios.* No se conocen.

“ *personales.* Adquirió su especificidad hace ocho años, para la cual fue tratado por el 914. Ha sido alcohólico.

*Examen psíquico.* Euforia bien caracterizada, ideas de grandeza y de posesión de riquezas, delirio imaginativo, incoherencia, logorrea, hiperafectividad.

*Examen somático.* Reflejos tendinosos exagerados, temblor signo del dactilógrafo, signo de Magnan, signo de Argill-Robertson y de Romberg positivos; disartria.

Wassermann de la sangre.....	+	+	+
Líquido céfalo-raquídeo:			
Cantidad.....	20	c.	c.
Aspecto.....	cristalino		
Tensión.....	alta		
Albúmina.....	0.45 gramos por mil		
Linfocitosis.....	100%		
Reacción de Nonne..	+	+	positiva intensa
“ “ Noguchi.....	+	+	“ “
“ “ Wassermann.....	+	+	+ H. O.

“	“ Fehlling.....	lenta
“	“ Guillain.....	2-2-2-2-0

Se trata por el suero salvarsanzado intra-raquídeo, conforme al procedimiento de Marinesco, y además, se trata por el 914 intravenoso. Durante el tratamiento se presentan fuertes crisis de cefalea y de vómitos que obligan a suspenderlo.

La demencia se acentúa día por día, y su madre, en vista de su estado general muy precario, resuelve retirarlo del Asilo.

### OBSERVACION No. 11

D. O. de Titiribí, de 46 años de edad, raza blanca, casado, policía.

*Antecedentes hereditarios.* Familia psicopática. Un sobrino estuvo en el Manicomio tratándose para una parálisis general de forma sensorial.

*Antecedentes personales.* Ha sido alcohólico y específico; en 1924 sufrió una hemiplegía derecha con afasia, la cual mejoró después de un tratamiento antisifilítico. Desde hace un mes se le notan ideas absurdas de riqueza y excitación psicomotriz.

*Examen mental.* Ideas delirantes de riqueza y suficiencia personal; delirio altruista, regala edificios y haciendas a sus parientes, hace sacrificar hasta treinta novillos diariamente para los pobres; diciéndose viudo asegura que se ha vuelto a casar con una mujer muy bella, la cual viste de telas de oro y que usa diamantes y joyas de un valor incalculable, y que lleva siempre pantalones de oro. Tiene minas y depósitos en los bancos; se observa en él una estereotipia del número veinte; su mujer tiene 20 años, y cuenta que hace 20 vive maritalmente con ella, su hija mayor tiene 20 años y ha tenido 20 hijos. Amnesia casi total, con mucho trabajo recuerda su nombre y los de algunos de sus hijos; se han perdido todos los recuerdos más notables de los principales hechos de su vida; incoherencia en su conversación, fuga de ideas.

*Signos físicos.* Temblor generalizado con predilección en los dedos y en los labios, signo del trombón, parectropia de Dupré, marcha titubeante e incoordinada, paresia muy marcada del brazo derecho, movimientos paréticos del miembro inferior derecho; signo de Argill-Robertson, pupilas puntiformes y rígidas; reflejos exagerados en el lado izquierdo y casi abolidos en el lado derecho, hipoestesia cutánea a todo lo largo y ancho de la inervación del ciático derecho; disartria.

Reacción de Wassermann en la sangre... + + +

Líquido céfalo-raquídeo:

Cantidad.....	15 c. c.
Albúmina.....	0.40 grms. por mil
Pleocitosis.....	12 elementos celu-
lares por m. m. cúbico.	
Reacción de Wassermann.....	+ + + +
“ “ Nonne.....	+ +
“ “ Noguchi.....	+ +
“ “ Weichbrodt.....	+ +
“ “ Guillain.....	2-2-2-1-1-1

Tratamiento malarioterápico y específico sin ningún resultado. Fue imposible hacer prender la infección malárica, a pesar de haberse practicado repetidas inoculaciones intradérmicas e intramusculares, con sangre de palúdico en la cual el hematozoario fue comprobado al microscopio.

Poco después muere este enfermo en un verdadero marasmo paralítico.

#### OBSERVACION No. 12

E. O. de Sonsón, 44 años de edad, casado, abogado, raza blanca.

*Antecedentes hereditarios.* Familia Neuropática.

“ *personales.* Infección sífilítica tratada de manera insuficiente hace 10 años.

Nunca había sufrido perturbaciones de la esfera mental hasta hace un año y medio; de esta época para acá ha presentado fenómenos nerviosos funcionales, considerados en un principio como manifestaciones neurasténicas o de astenia simple, y se le trata en consecuencia. Algunos meses después estos fenómenos asténicos se acentúan hasta observar en el enfermo ideas hipocondríacas y de negación; pereza o casi impotencia para ejecutar cualquier trabajo mental sostenido. Se le prescribe tónicos nerviosos y vida de campo.

En vista de que el estado del enfermo no mejoraba, fue sometido a un examen por una junta médica, la cual confirma el diagnóstico de neurastenia que se había hecho anteriormente. Se prescribe tónicos nerviosos, vida tranquila, cesación de todo trabajo mental etc.

Hace dos meses aparecen ideas extravagantes de grandeza, perturbaciones cenestopáticas, faltas de corrección e ideas expansivas. Sus fenómenos neurasténicos desaparecen, dando lugar a una hiperactividad psíquica y motriz, (que hace pensar en una vuelta a la normal de nuestro enfermo). Algunos días después su familia observa en él algunas actuaciones indelicadas: consigue una firma de un caballero honorable, con la cual

se empeña en el arreglo de calles, construye o trata de construir baños en las casas de sus vecinos de una manera gratuita o inconsulta; compra vajillas y muebles en algunos almacenes, e efectos que su esposa se ve precisada a devolver a sus legítimos dueños.

Hasta la aparición de estas ideas extravagantes, el enfermo "venía mejorando en su salud", según el concepto de su médico y de sus parientes; se encarga nuevamente de la dirección de sus negocios; con maravillosa actividad emprende construcciones y hace compra de objetos de ninguna utilidad para él.

Días después aparecen ideas delirantes de posesión de riquezas y fenómenos de excitación psicomotriz, los cuales exigen un internamiento de urgencia.

*Exámen psíquico.* El síntoma dominante en el psiquismo de este enfermo es su delirio megalomaniaco: se cree poseedor de una fortuna de doscientos millones de dólares, la catedral y dos manzanas adyacentes a este templo las ha comprado por mil quinientos pesos oro. Dice haber venido al Asilo en una misión de carácter altruista, enviado por el gobierno nacional para hacer del Manicomio una casa de huérfanos, porque dice el enfermo, no es justo ni caritativo que en las casas de huérfanos no reciban hijos naturales. Tiene el proyecto de matar a los locos porque son una carga inútil para el gobierno, sólo dejará de éstos los que padezcan lesiones "curables como los locos de nacimiento". Actualmente está en una crisis de excitación psicomotriz intensa, con enorme agresividad; a uno de sus enfermeros lo ha herido gravemente so pretexto de que le roba al gobierno; incoherente en sus ideas, logorreico.

*Exámen somático.* Desnutrición, reflejos exagerados, signo de Babinski positivo, trepidación epileptoide de los pies, temblor generalizado, especialmente observable en la musculatura facial, en los labios y en la lengua; disartria, perturbaciones psicólicas reveladoras de su debilitamiento mental, memoria un tanto débil; pupilas puntiformes y rígidas, sin reacción a la luz ni a la acomodación. Las perturbaciones de la escritura, como puede observarse en la figura siguiente, son patognomónicas de una demencia paralítica.

El cambio estivo. Dds. por aquí, pasamos, en que  
 más... me. Fue adobamos en esta, cada día, muy mal, de sa-  
 bulid, cigarros. Dds. amaron a nosotros. Ahora, los lle-  
 vamos ya a... m... que... de...  
 en la casa, para. Dds. y... todo, para...  
 ella en compañía de toda la familia. Después que, a  
 en... de... de...  
 los sea, me...

Fig. 2.— Parálisis general progresiva, tipo de evolución aguda.  
 Perturbaciones psicográficas y caligráficas.

(Obs N° 12)

(Colección del autor)

Wassermann de la sangre....	+ + +
Líquido cefalo—raquídeo	
Albúmina.....	1.20 grms. por mil
Pleocito-is.....	42 elementos por. m.m. cub,
Linfocitosis.....	100% hasta 15 por campo mi crocópico.
Tensión .....	33 y 32 al H. Claude
Reacción de Wassermann..	+ + + +
“ “ Nonne.....	+ +
“ “ Noguchi.....	+ +
“ “ Weichbrodt.....	+ +
“ “ Guillain 2-2-2 2 1	

Actualmente se trata este enfermo por el procedimiento de Wagner von Jauregg, de la Escuela de Medicina de Viena. Después de una inoculación intradérmica de sangre malárica, en la cual la forma de margaritas fue puesta de manifiesto al microscopio logró obtenerse un acceso típico de paludismo, con gran elevación de temperatura. Hasta hoy,—quince días después del primer acceso,—este no ha vuelto a repetirse. Esperamos que este tratamiento produzca sus efectos, a fin de sacar de él alguna conclusión práctica.

Es conveniente, en casos como el actual, distinguir con precisión los fenómenos puramente neurasténicos, funcionales, de las perturbaciones depresivas con que principia muchas veces el período prodromico de la enfermedad de Bayle, para evitar errores de diagnóstico como el que se cometió en este enfermo. El caso merece consideración, ya que el diagnóstico precoz de la verdadera afección habría sido quizás salvador para el enfermo, por las mayores probabilidades de una fijación sintomática, sino de una regresión; y para evitar las consecuencias posteriores, familiares y sociales, que el caso trajo consigo

## Monólogos Set II ~~III~~

El cura de Enterríos es muy tonto y voy a pedir al gobierno un piquete de soldados para ir en persona a lincharlos pues me debe cincuenta mil reales de pesos oro.....

¿Porque la gente no sabe los ciento cincuenta sentidos que nos dio nuestro Señor? cuando se duerme, se persignan sin santiguas se te an ajenos, apuntan y se levantan dormidos.

Cuando volvamos de Europa iremos a la animal a poner una planta de luz eléctrica y así tendremos energía para poner fabricas de cerveza, fiporos, cigarrillos, para poner una quillótina en la alcaldia y una fabrica de caricaturas en el río con queso y oro. Luego haremos unaca retera por Dulciba para venir en media hora a darle un beso a la hija de Pedro el. Después de ponerle una estatua en Santa Rosa. Pasaremos por su casa y, aunque no los conozco, les dare a todos el beso de bienvenida y les pondré a todos una cruz en el pecho para que sean propiedad de nuestro Señor.

Pondré agua en Enterríos y Santa Rosa y tendré agua en las Tenerías, en los lavaderos, en la iglesia de Bolívar, y si habrá agua de Cuba, no sé. Entremicetas que es lo que hay. Cía.

Fig. 3. Delirio de imaginación, absurdo, incoherente en una parálisis general de evolución aguda. Enfermo de la Observación N.º 12. (Colección del autor).

Entre los ~~terceros~~ pondremos una estatua de la Virgen con a su lado uno de los animales que en el mundo ~~no~~ se criaron para calentar a los ahorcados en cruces de oro con lazos y nudos del mismo metal.

En el planeta Venus haremos un minicomio de miramol para niños verdaderamente locos a cada uno de los cuales se le regalará un caballo engarzado con oro y un perrito también de oro para que los acompañe. La capilla de este "manicomio" estará en "estada de miramol" y el coro será de miramol, el agua bendita de miramol, los libros de oro y los incensivos y exorcismos de persegua, y al capellán, le regalaré un cinturón de oro, bonnis uno que a las hermanas.....

Intento de canalizar el río Magdalena, surmontando su caudal con las aguas del estuario y del Orinoco..... En las islas de Sumatra y Java, que quedan en el centro de Africa, hay unos árboles grandísimos que sirven para hacer enchapas y botas en que caben familias enteras.

Una foto hace con vitas con sus respectivos me... donde se monta un muebador y va a dar al... Me acaba de enviar mi Dios una carta en que me dice "Se Anticristo" a ver que hago con las letanias aquellitas del juicio final, pero este no se han sino amosado a la conflagración universal, y ahora hay mucha paz.

Fig. 4. Continuación del anterior



## FORMA MELANCOLICA

Esta forma bastante rara de parálisis general se caracteriza, como la melancolía simple, por sus ideas depresivas, que pueden recorrer la escala de síntomas desde las formas simplemente neurasténicas hasta los más puros síndromes de negación y de hipocondría.

Son formas de ordinario difíciles de diagnosticar, y de fácil confusión con las más variadas formas de la melancolía.

Sus síntomas verdaderos, paralíticos están como escondidos detrás de una máscara de depresión que llena todo el cuadro clínico. Lo más saliente en su sintomatología es la inconstancia de los fenómenos, la movilidad y la superficialidad de las ideas delirantes melancólicas; el paralítico atribuye un día a sus tristezas una causa distinta a la del día anterior; sus reacciones emotivas son absolutamente desproporcionadas a la causa generadora, sus pesares hijos de una fantasía enferma constituyen cenestesias de formas variadas. Detrás de estos síntomas, a un examen atento, se observa siempre un fondo megalomaniaco que se difunde en sus cuitas y congojas haciéndolas fantásticamente enormes; las alucinaciones visuales y auditivas, así como las ideas de persecución son de corriente observación. Un enfermo nuestro pretendía que se le daba veneno en sus alimentos y narcóticos, para que dijera en dónde poseía sus tesoros, que se le secuestraba para robarle.

El delirio que caracteriza estos estados depresivos puede revestir las formas siguientes: el delirio hipocondríaco descrito por Baillarger [1857], cuyas ideas se hacen sobre el mismo enfermo sin expandirse, y se refieren especialmente a la alteración y destrucción de los órganos; dicen que no tienen boca o estómago, no tienen ojos, ni vientre etc., la sitiergia se manifiesta en ellos por el rechazo de todos los alimentos, so pretexto de que éstos se van por debajo de la piel, o que se les quedan en el cerebro, según el decir de uno de nuestros enfermos.

Su delirio, como el de todos los paralíticos, es absurdo y enorme; un enfermo dice que no ve porque sus ojos son de

oro, que sus intestinos no funcionan porque son de diamantes etc. A todo esto agregan explicaciones que denotan un decaimiento intelectual, una pérdida de la autocritica y a veces del sentido moral, reveladores de la verdadera causa morbos»..

*Delirio de negación:* Como lo dice Dupré, el delirio de negación es una exageración del delirio hipocondríaco. El enfermo en sus ideas de depresión tiene la absurda creencia de que nunca ha vivido, que está muerto, que es una estatua de oro o de diamante que les han cambiado sus miembros, su cerebro, en fin que no son lo mismo que eran y que una *personalidad* rara y perversa los ha sustituido transformándolos por completo, semeja este delirio al delirio de negación descrito por Cotard, pero se diferencia de él en que nunca sale de la personalidad misma del enfermo; es un delirio puramente cenestésico, circunscrito, que en algunas ocasiones se debe a perturbaciones simpáticas.

A esta clase de delirio se asocian ideas de transformación corporal, de origen, lo mismo que las anteriores, cenestésico o simpático. Algunos enfermos creen ser de vidrio, de diamante, de hierro etc , no se mueven por temor a romperse; estas ideas, las cuales llama Dupré de exageración hipocondríaca, son una mezcla de grandeza y de depresión; un enfermo nuestro que se quejaba de cefalea frecuente, fue hallado horadándose el cráneo con las uñas para sacarse un tesoro que dizque tenía en el cerebro y que él consideraba ser la causa de sus males.

Se observa también algunas ideas delirantes de pequeñez, llamadas ideas micromegalomaniacas; su delirio es pequeño en sus concepciones, son enanos, no pueden ir de un punto a otro cercano porque sus miembros son tan cortos que gastarían muchos años para recorrer este camino; nunca hablan en sus delirios de diamantes, de grandes depósitos, de inventos célebres, sino de las cosas más comunes de su vida diaria o de sus necesidades. Otra variedad de delirio descrita es el *delirio del embarazo*, que algunas veces ha sido observado aun en hombres, pero muy comunes especialmente en las histéricas y neurópatas.

El diagnóstico entre estas formas de parálisis general y la melancolía reviste en ocasiones dificultades inusitadas, especialmente en aquellos casos acompañados de mutismo; entonces es imposible obtener del enfermo mismo la expresión de sus ideas delirantes; pero los signos físicos como el estado de los reflejos, el temblor y el análisis del líquido cerebro-espinal empistarán en el diagnóstico.

Cuando el enfermo expresa sus ideas delirantes, éstas siem-