

Insipido
Sifilis cerebral

Ca 2555

Sainr (D. Manuel Tomás)

(Mayo del 1889)

81-8-7^{las} 3

(n° 374)



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315399381

le 18604961
i 25720909 (Ejemp. 1)

Excmo. Señor. Señores:

1
Aun grave y amenazador aspecto, presentaban las manifestaciones externas de la sífilis por el tiempo en que fue conocida, que los médicos de aquella época, no sospecharon siquiera, las lesiones que en los órganos internos tenían lugar, dedicándose exclusivamente al estudio de los fenómenos externos de la enfermedad.

Describe Fracastor los desórdenes que en la visión produce la sífilis, y nada nos dice de las alteraciones internas que padecen los sífilíticos. Ulrich von Hutten, que conoce las parálisis en esta enfermedad, las cree debidas á la medicación empleada. Nicolás Leonicens, habla de pustulas internas, y de vapores en el cerebro de los sífilíticos, pero sin atribuir estos fenómenos á una sífilis interna; y Botal explica lesiones en el cerebro de los atacados de sífilis, atribuyelas á cáries de los huesos del cráneo.

Ballonio describe el primer goma sifilitico del cerebro, pero lo presenta como un caso raro y curioso, y lo cree debido a un veneno sifilitico oculto. Extraña teoria que adquiere cada dia nuevos proseliticos, extendiendose por todas partes con gran calor, debido a la falta de observaciones anatomicas, por ser escaso el numero de autopsias hechas durante los siglos XVII. y XVIII; y aunque en los escritos de Astruc, vemos, procura explicar este autor los fenomenos observados en gran numero de enfermedades sifiliticas del sistema nervioso, por hechos anatomicos, su voz pierdese en el vacio, y el veneno sifilitico oculto sigue imperando en el campo de la ciencia, teniendo campeones decididos que como Barrere obstinanse en defender esta teoria, y en dedicar toda su actividad en busca del remedio capar de arrojar de la economia al tal veneno.

Levantase en contra el ingles Juan Hunter, dudando de que los organos internos, y el cerebro en especial, puedan adquirir la sifilis, y admitiendo ain solo para determinados tejidos de la economia la

posibilidad de contraer esta enfermedad: doctrina que siguen la mayor parte de los médicos de principios de nuestro siglo, y que combaten en Francia Lallemand y Payer, siendo los primeros en publicar historias clínicas referentes a la sífilis del cerebro, apoyadas por datos necroscópicos.

La teoría de Piccord sobre la sífilis en general, los trabajos en Alemania e Inglaterra acerca de la sífilis del cerebro, la descripción de la sífilis del hígado debida a Dittrich, y sobre todo las investigaciones anatómicas del inmortal Virchow en 1858, dieron por resultado la evidente demostración de que los órganos internos de la economía estaban expuestos a padecer enfermedades sífilíticas, publicándose después gran número de observaciones referentes a neoformaciones de esta índole, en los huesos del cráneo, meninges, cerebro y arterias cerebrales, y aunque más escasas, de la médula espinal y nervios periféricos.

4

En monografías debidas á Leon Gros, Lancereaux y Lambaco, publicadas en 1861 y 62, renuncitase las ideas de Morgagni y otros ilustres prácticos antiguos, referentes á los fenómenos que suelen manifestarse en los casos de alteraciones sífilíticas del sistema nervioso, como epilepsias, neuralgias y parálisis; así como también, de desórdenes en las funciones psíquicas. Ideas extendidas después en Alemania por Taksch, y seguidas en distintos países por todos los autores hasta nuestros días, en que la atención de los prácticos fijase con especialidad en el estudio de la sífilis del sistema nervioso, por ser entre las sífilis internas, la que se presenta con caracteres más oscuros y menos conocidos.

I.

Dada la naturaleza específica de la enfermedad que nos ocupa, podemos afirmar, que esta es siempre consecuencia de una sífilis constitucional, y que como la sífilis del corazón, hígado etc, la del cerebro pertenece a la infección generalizada, representando una de las formas más avanzadas, secundaria ó si se quiere terciaria de la afección sífilítica; distinción que tendría importancia, si pudiera probarse de una manera positiva la inoculabilidad de las unas, y la falta de inoculabilidad de las otras, pues bajo el punto de vista anatómico, las afecciones sífilíticas del cerebro, tienen respecto del chancro indurado la misma importancia que los gomos de la piel y de los huesos.

La mayor parte de los autores, con la atencion fija en el estudio de la causa fundamental de esta enfermedad, han creido no deber ocuparse de su etiologia; sin embargo, el conocimiento de las causas que pueden favorecer su desarrollo, no solamente ofrece un interés general, sino que ademas en cada caso particular, bajo el punto de vista practico, tiene bastante importancia.

El suizo Paracelso habia ya observado en su época, que la sífilis toma con especialidad la forma morfológica a que está más predispuesto cada individuo por razon de herencia u otras causas, y Virchow hace notar que los traumatismos predisponen a localizaciones de la sífilis en las partes afectas; lo cual, si es exacto con respecto a la piel, huesos, etc, en las lesiones

7
sifilíticas del cerebro no tiene gran importancia esta circunstancia etiológica. No sucede lo mismo con la predisposición hereditaria para las enfermedades del sistema nervioso, pues parece ser la causa de más importancia; observándose que los individuos comprendidos en este caso, al contraer una afección sifilítica, están, no tan solo más fácilmente expuestos á padecer alteraciones específicas del sistema que nos ocupa, sino que las contraen con más prontitud.

Las lesiones traumáticas, pueden también dar lugar al desarrollo de alteraciones sifilíticas en el sistema nervioso de los individuos que las reciben, siempre que estos padecan la sífilis: y no solamente

8
pueden dar lugar á estas alteraciones de una ma-
nera indirecta, como sucede cuando los huesos vecinos
padecen caries específica, sino que tambien de un
modo directo, esto es, produciendo se gomas ó infla-
maciones sífilíticas en la misma sustancia cerebral.

Los excesos de todo genero, la fatiga física ó mo-
ral en un grado máximo, el terror, y las influencias
de naturaleza psíquica, influyen tambien tambien
de una manera directa en el desarrollo de la sífilis
cerebral, pues que dan lugar á desordenes transitorios
ó permanentes de la circulación en el cerebro, me-
ninges y pericraneo, y por tanto son causa de hipere-
mias, parálisis de los vasos sanguíneos y estasis venosa:
si entonces existe ya el virus sífilítico en el organismo,

9-

se trasladada muy facilmente á los puntos dichos, adquiriendo caracter específico los procesos existentes. Fál la prueba Engelstedt, con numerosas observaciones, referentes á individuos sífilíticos, en los que el estudio excesivo, el abuso de los placeres, etc, determinaron el desarrollo de la sífilis del cerebro.

Ya hemos dicho anteriormente, que en la antigüedad se consideraba como causa de inflamaciones ó de reblandecimientos cerebrales de índole específica, el empleo del mercurio, usado ya en aquella época como antisifilítico; hipótesis defendida por Ulrich von Hutten, Lanneaux y Leon Gros, y todavía no abandonada: pero debemos rechazar completamente esa afirmación, sobre todo desde que las investigaciones de Kussmaul han venido á probar de una manera terminante, que las

alteraciones anatómicas producidas por el mercurio, difieren esencialmente de las determinadas por la sífilis.

En cuanto á las condiciones individuales del enfermo, en contra de lo que se há creído, no ejerce influencia alguna en el desarrollo de la sífilis cerebral; como tampoco la constitucion, temperamento, etc, que si bien tienen importancia en el curso de esta dolencia, de ninguna manera en su etiología. Lo mismo podemos decir con respecto á la edad, porque si los autores señalaban la de 20 á 50 años, hay que tener presente, que eso es casi la totalidad de la vida del hombre, y que por otra parte

en el simio, solo puede presentarse de una manera congénita.

Tampoco el sexo ejerce una influencia marcada en el desarrollo del proceso sifilítico cerebral, porque si es más común en el hombre que en la mujer, también en aquel la infección sifilítica es más frecuente -

II.

Las neoformaciones específicas que más comúnmente se observan en el cerebro de los sífilíticos, consisten en la formación de tejidos heterólogos, representados por sífilomas y por tumores gomosos: neoformaciones que se presentan bajo dos formas completamente distintas, pero que pueden encontrarse combinadas en un mismo individuo; la una formando una masa de consistencia blanda, y como la gelatina de espesa, de color blanco-rojizo, gris, ó gris-rojizo, y de aspecto rugoso y desigual, que seccionada de

13
ja fluir por las superficies resultantes una
pequeña cantidad de líquido de color de ro-
sa, que va poco á poco confundiendo con
el tejido normal periférico; y la otra, cons-
tituida por la acumulación de una ma-
teria caseosa, homogénea y compacta,
siempre de consistencia cartilaginosa,
sólida, friable, seca y de amarillo color, presen-
tarse unas veces bajo el aspecto de tumores
de variable volumen y de contornos bien
marcados, otras formando nodulos ó
estrias, y otras, por último, diseminada en

14
forma de finos puntitos en la sustancia
gris-rojiza, antes indicada, la que en este
caso aparece como marmorea -

La primer forma, ^{o sea} la gris-rojiza, es
ta formada por células esféricas en su ma-
yor parte, y por algunos nucleos diseminados
entre ellas; encontrándose unas veces
confusamente desparramadas, y otras reu-
nidas en grupos dentro de pequeños es-
pacios alveolares, y adaptando la forma
estrellada ó fusiiforme: grupos celulares
que penetrando muy adentro entre las ma-
llas del tejido primitivo, cuyos elementos con-

15

Atutivos alterados ó no; vienen á formar
en gran parte la sustancia intercelular
del neoplasma. Así, en los puntos en que
el tejido primitivo es blando y contiene
líquido, el producto de nueva formación
es gelatinoso, como sucede en el espacio
subaracnoideo; y en aquellos en que es cono-
pacto y fibrilar, el tumor es resistente y
duro. Si el tejido primitivo presenta anchas
mallas, se observan numerosas células
encerradas en espacios alveolares bastante
amplios, subdivididos á veces (Wagner)
por finos filamentos fibrosos en espacios

secundarios mas pequeños. Por último, si las mallas del tejido primitivo están bastante apretadas, las células están encerradas en espacios alveolares estrechos. En el caso anterior el tumor sería de naturaleza celular, y en este de naturaleza fibrosa. Observa tambien, que al extenderse un tumor por tejidos inmediatos al en que nace, adquiere diferente estructura y en relacion con la del tejido que invade.

Las células de la masa principal

del tumor se cree procedan de la sangre, y las granulosa, que sean resultado de una emigracion celular; y cuando, en ciertos puntos, aparecen células fusiformes constituyendo un tejido mejor organizado, así como conjuntivo reciente, probablemente dichas células proceden de las capas de tejido conjuntivo de la region en que el tumor asienta.

Guardando relacion con la vascularizacion del tejido primitivo, tambien el producto de nueva formacion, mas reciente halla atravesado por muchisimos vasos sanguineos y

18.
otras por escaso numero de estos. En general
son capilares, y con frecuencia se encuentran
bastante dilatados.

En algunos casos, existen tambien en
el tumor pequeñas extravasaciones, y en
tonces, si se practica la seccion de un ma
sa, se ve en la superficie del corte, cierto
numero de manchitas rojas.

Los tumores de esta primer forma se di
ferencian mal de los tejidos inmediatos,
y si se examinan sus bordes al microscopio, se
ve que si a simple vista parecen normales,
con la ampliacion del instrumento se nota

19
una abundante infiltración celular que
gradualmente va disminuyendo hasta lle-
gar al tejido sano.

§§.

La segunda forma neoplásica, la de color
amarillo, se presenta formando vesículas o estrías,
o bien nucleolos duros del color dicho, rodeados
por la masa gris-rojiza, y que forman promi-
nencia sobre el tumor descrito, lo cual tiene
lugar con especialidad en los puntos en que
el neoplasma interesa la sustancia ne-
vrosa, o tiene en ella su principal asiento.

Otras veces, presentase el tumor constituido por una sustancia seca, algo brillante, resistente al corte y de fibrosa naturaleza, que al microscopio presenta una coloracion gris o gris-amarillenta, y cuyo origen no puede determinarse con certeza: y otras, por el finis, puede se trate de restos de tejido primitivo comprimido por el tumor (neuroglia atrofiada), o de una aglomeracion de atrofiadas células pertenecientes al neoplasma mismo.

En ocasiones, esa masa amarilla,

21-

presentan como tumor claramente circunscrito, y hasta enquistado, semejando se al tubérculo cerebral, y á un alrededor encuentranse vestos de una inflamacion lenta, ó bien neoplasmas de la forma descrita anteriormente, esto es, gris-rojizos. Su tamaño varia desde el de una almendra al de un huevo de paloma, encontrandose ó son pequeños varios juntos. Si en forma esta en relacion con la de la cavidad que ocupan, lo que con frecuencia sucede, se presentan con el aspecto.

de un simple exudado flogístico sanguis-
tado. Al microscópio se ve que están
formados por una sustancia mi-
forme de naturaleza celular y despro-
vista completamente de vasos sangui-
neos; si se sigue la división y á esta
la disgregación, llegan á quedar libres
algunos núcleos elementales de forma
redonda ó irregular parecidos á células
esféricas en parte destruidas y atrofia-
das, y que muy bien pueden ser restos

de aquellas células esféricas que dijimos formaban el tumor gris-rojizo. No es raro encontrar tambien aglomeraciones de corpusculos de grasa mezclados con granulos y cristales de pigmento sanguineo, y hacia los contornos del tumor, verdaderas células adiposas, no debidas a degeneracion grasa, sino a la atrofia celular.

Son estos tumores perfectamente compactos y secos, conteniendo por

excepcion algunos focos de reblandecimiento, pequeños y bien circunscritos, y en su periferia, á semejanza de los gris-rojizos, se encuentra una reciente proliferacion de tejido celular provisto de vasos sanguineos. Cuando está enquistado, las mallas de tejido conjuntivo que forman el quiste se hallan infiltradas por elementos celulares de formacion reciente. Aunque no se

mostrado de una manera concluyente

Se, creese que estos tumores amarillos proceden de los gris-rojizos, y que deben su origen, á la atrofia del tejido de nueva formacion.

§ § §.

Las diversas formas descritas, presentan tambien distintos signos anatomicos, u que los sitios de la cavidad del craneo en que aparecen: en la dura-madre, se desarrolla el tumor en cualquier punto de ella, haciendolo de preferencia, en los repliegues de esta membrana, como en

la hoz del cerebro, por ejemplo, pudiendo
 alcanzar en estos sitios un volumen
 considerable; en la porcion esfenoidea,
 es muy comun encontrar pequeños tu-
 morcitos de origen reciente, pero duros
 y consistentes, apareciendo entonces la du-
 ra-madre, considerablemente engrosada
 alrededor de tales tumorcitos, y las ma-
 llas de su tejido conjuntivo encerrando
 gran numero de células esféricas. La
 porcion de hueso del craneo correspon

diente al sitio del tumor, aparece rugosa y adelgazada, por efecto de padecer la llamada caries seca. Todos los demás órganos del interior del cráneo se encuentran en estado normal.

Cuando se presenta entre las dos hojas de la dura madre, estas, se encuentran engrosadas y envolviendo al tumor a manera de quiste. En este caso, casi nunca es el tumor gris-rojizo blando el que se presenta, y si el amarillo

28
duro, muy frecuente en esta region, y
que alcanza hasta el tamaño de huevo
de gallina, sin interesar tampoco nin-
guno de los organos intracraneos.

Todos estos tumores, sin em-
bargo, dan lugar a una disminu-
cion del espacio de la cavidad del
craneo, y a una destruccion de
la dura madre -

A trastornos mucho mas gra-
ves da lugar el neoplasma del espa-

cio subaracnoides, porque en este caso, todos los
organos próximos son afectados, presentandose
alteradas las meninges y el cerebro mismo,
sin excepcion de los vasos y nervios que atra-
vesan ese espacio.

Segun las observaciones de Wilks,
Taksch, y otros autores, la mayor parte de
los neofilomas del cerebro se desarrollan so-
bre la superficie de este organo, y el creci-
miento de los mismos es siempre por el
lado correspondiente a la instancia ce-

rebral. Su origen puede tener lugar en un
 punto cualquiera del espacio subaracnoideo,
 y en algunos casos bastante raros, el pun-
 to de partida del tumor es una afeccion
 análoga de los huesos.

Si rodea el tumor en la convexidad
 del cerebro, o bien en sus partes laterales,
 estando la dura-madre intimamente unida
 á la superficie cerebral en estas regiones
 llega á adherirse al cerebro en el espacio

de uno á dos centímetros, presentan
dove además engrosada y con estrias de
color amarillo: si tratamos de despren-
derla, se hace preciso dejar una porción
de esta membrana, para no producir
dilaceraciones en la parte del cerebro que
se quiere examinar; y si practicamos un
corte vertical en este mismo punto, se
ve que la dura-madre, la aracnoides, el
espacio subaracnoideo, la pia-madre y la

superficie del cerebro, forman una sola masa, siendo imposible de todo punto el reconocer las partes dichas.

Entre la superficie cerebral y la de la dura-madre, se forma una capa de sustancia semilíquida de color rojizo, en cuyo interior y correspondiendo á las anfractuosidades cerebrales, especialmente, existen uno ó más tumores duros de color amarillo y del tamaño de una judía, formando prominencia sobre

la superficie del cerebro, pero en que se
puedan reconocer sus limites, por cuan-
to la sustancia cortical y aun la me-
dular del cerebro se trasforman tam-
bien en la misma masa amarilla y
compacta que constituye dichos tu-
mores. Las partes del cerebro que re-
dean a esta masa, se encuentran en
estado de reblandecimiento blanco o rojo,
siendo más estenso este último, que de

34
ga á veces á interesar la mitad y aun
más de un lóbulo cerebral.

Cuando, por el contrario, el tumor
reside en la base del cerebro, entonces,
la dura-madre por lo comun queda
intacta, ocupando el tumor con prefe-
rencia, los alrededores del chiasma
de los nervios ópticos, el infundibulum,
el espacio comprendido entre los pedicu-
los cerebrales y la circunferencia ante-
rior ó posterior del puente de Varolio,

39

sobre cuyas partes, la aracnoides se encuen-
tra formando puente.

La forma que más ordinariamente
aparece en estos sitios, es la del neoplas-
ma gris-rojizo, penetrando también en
su crecimiento en lo interior de la sus-
tancia cerebral. Algunas veces, el tu-
mor, atraviesa el quiasma de los nervios
ópticos, penetra en los senos cavernosos,
crece en el interior de estos senos, y acaba
por producir reblandecimientos circuns-

critos de la sustancia nerviosa.

En todos los casos, ocupe la region que quiera el neoplasma, puede dejar de ser tumor circunscrito y hacerse difuso e infiltrante. En este caso, se encuentra en la base del cerebro un exudado gelatinoso de color gris, que se propaga desde el trigono olfatorio hasta el cerebelo, semejandose a algunas formas de meningitis tuberculosas, de las que difiere sin embargo, en que el exudado ofrece la estructura

ra del sifiloma,

Quando bajo la influencia de un tratamiento apropiado, el neoplasma acaba por desaparecer, sobre los hemisferios cerebrales queda una induración formada por tejido inodular, que en el cadáver puede ser considerada equivocadamente, como resto de una simple paquimeningitis.

En casos bastante raros, el tumor sifilítico se presenta sobre la dura-madre, o sobre las otras meninges, bajo la forma.

de tuberculos miliares; y en otros, más raros aun, (Lallemand, Kurgel, Lambaco, y Lancereaux.) en el interior de la sustancia cerebral y con completa independencia de las meninges.

En el interior de las arterias de la base del cerebro, encuéntrase también neoformaciones sífilíticas, cuando estas, existen en las inmediaciones de los dichos vasos; y aunque más excepcionalmente, se presentan también de una manera primitiva.

39-
En el principio de esta afeccion, las arterias pierden su transparencia y su color rojo, adquiriendo un color blanco brillante que poco a poco se hace amarillento, y dejan de ser cilindricas, volviendose aplastadas, al propio tiempo que se hacen flexuosas, y consistentes, y rigidas, hasta convertirse en una sustancia tan dura como el cartilago. Si se cortan transversalmente, se vé su calibre disminuido, al principio por segmentos semilunares, y despues por zonas circulares de sustancia de color blanquecino o gris, de

consistencia blanda y gelatinosa en los primeros tiempos, despues seca y rigida, y por ultimo cartilaginosa. El calibre de las arterias afectas, disminuye en $\frac{1}{5}$, $\frac{1}{2}$ y $\frac{1}{3}$ del estado normal, acabando por obstruirse, bien por la presencia de un trombus adherente, o bien por convertirse toda la arteria en cordón duro e impermeable.

Esta neoformacion se desarrolla entre la lamina elastica de la tunica interna llamada membrana fenestrada y el endotelio, estando constituida al prin-

41

cipio por células endoteliales cuyo número
aumenta continuamente hasta formar
un tejido conjuntivo grueso y resistente com-
puesto de células fusiformes y entrelladas
reunidas entre sí, en cuyo tejido tiene lu-
go lugar una emigración de células esféri-
cas procedentes de los *vasa-vasorum*, resul-
tando en definitiva un tejido granuloso
análogo al del sífiloma cerebral: tejido
que se desarrolla de la periferia al centro
del conducto arterial, y en la longitud

42

del trayecto del vaso, haciendo de esta suerte, que el calibre de la arteria sea cada vez menor, y que el proceso degenerativo la invada en mayor estension, afectando á su paso las colaterales que encuentra en su marcha -

Puede suceder además, que se organice el tejido de nueva formacion, adquiriendo la misma estructura que la pared arterial, y ocasionando una considerable disminucion en el calibre del vaso, ó bien que el nuevo tejido, despues de haber obstruido por completo el

43

conducto arterial, se convierta en tejido conjuntivo transformandose en cordón rígido, toda la porción de arteria invadida.

En consecuencia lógica de este proceso morboso, el entorpecimiento de la circulación cerebral por falta de funcionamiento de los vasos obstruidos o estrechados, y por ende, la alteración de las funciones de la sustancia cerebral; ocasionandose tambien el reblandecimiento de esta sustancia, cuando la presencia del nuevo tejido

ó la formacion de un Trombus, obti-
tera una porcion de vaso sanguines
que dé origen á los vasa-vasorum.

A esta afeccion de las arterias, debe
mos referir una gran parte de las
llamadas inflamaciones sifiliticas
del cerebro -

Algunos autores describen
casos de flegmasias no especificas
y de reblandecimientos que se ma-
nifiestan en el cerebro y en las me-
ninges de los sifiliticos, y que con-

25

sideran como producidos por la sífi-
lis, por presentarse en los individuos
que la padecen, y porque sobrevienen
estas lesiones al mismo tiempo que las
externas; creyendolas formadas de una
manera primitiva en el interior de
la cavidad del cráneo y con indepen-
dencia de toda alteración de los hues-
sos. Teoría que no está demostrada
suficientemente, porque las observa-
ciones recogidas y publicadas has-
ta hoy, no son bastantes á pro-

46.
ducir al convencimiento, de que con tal
independencia puedan formarse esas
lesiones, y porque si el virus sífilítico
fuere capaz de dar lugar á estos
procesos irritativos, lo mismo que
á los neoplasmas que hemos estudia-
do, con la independencia que pro-
claman, esa diferencia en el modo
de obrar del tal ~~virus~~ virus, sería
contraria á la unicidad del mismo
admitida por todos, y probada por
la identidad morfológica del Chan-

47

-cro indurado y las diversas especies de gomas sifilíticas.

Refiérase, por último, casos de resultados negativos en autopsias de individuos que durante la vida habían padecido graves afecciones sifilíticas del cerebro; pero solo observaciones poco atentas y detenidas, pueden dictar estos casos, como demostrado há Schuele, reconociendo lesiones anatómicas que habían pasado inadvertidas para otros.

III

Guardando relacion con las alteraciones que hemos descrito en los cerebros sifilíticos, varian tambien los sintomas de la enfermedad, aunque ~~sea~~ ~~los~~ prodromos casi siempre sean idénticos. Estos prodromos consisten en cefalalgia inicial más o menos intensa, á veces violenta, que aparece con solo unos dias de antelacion á otros fenómenos más

característicos del mal, o bien meses
 antes y aun años. Cefalalgia que
 se presenta de una manera intermi-
 tente como sucede con los dolores
 osteócosos de las extremidades, y que
 como estos se exacerba durante la
 noche, y con frecuencia a la misma
 hora, y desaparece, o se hace más
 tolerable, a la mañana. En su
 marcha general, tambien se notan
 intermitencias de dos a cuatro

50.

semanas, pero apenas pasado este tiempo, el dolor se presenta de nuevo y con mayor violencia.

En cuanto al asiento del dolor, es raro que este ocupe toda la cabeza; lo más común es que se limite a una parte de ella, bien la anterior posterior o lateral. A veces, es como parado por los enfermos, con el que produciria un clavo al introducirse en el craneo; en estos casos, cuando el dolor, con precision puede ser

51
localizado, se exacerba notablemen-
te, á la presión ejercida sobre el
punto determinado.

Además de la **cefalalgia**, se
presenta como síntoma prodrómi-
co, el insomnio; debido unas veces
á aquella, y otras, sin causa apre-
ciable, aparece de una manera espon-
tánea. Como los dolores de cabeza
es el insomnio por lo común intermi-
tente, pero puede ser también con-
tinuo, y refractario á todo tra-
tamiento.

Despues de la cefalalgia y el insomnio, vienen otros sintomas prodrómicos, que se refieren ya al desarrollo de la afeccion sifilitica del cerebro; tales, como vértigos, que generalmente se presentan en forma de accesos, llegando á veces á ser verdaderas lipotimias; sensaciones de peso, ~~de peso~~, de aturdimiento y de atontamiento; dolores vagos en las extremidades, abatimiento moral, debilidad de memoria, oscuridad de inteligencia, dificultad

en la pronunciación, irritabilidad,
de carácter, etc, etc, Primeros indicios
del mal, que suelen no llamar la
atención del ~~el~~ paciente.

La invasión de ~~la~~ enfermedad,
es por lo común rápida e inesperada;
y cual el curso sucesivo de la misma,
depende de la lesión anatómica desar-
rollada en el interior del cráneo. Por di-
ferentes y variados que sean los distintos
casos, todos se adaptan en su marcha
a determinados tipos fundamentales,

comp sucede con las diversas especies 94
de alteraciones anatómicas.

Esta invasión, que aparece des-
pués de un tiempo variable, de parados
los prodromos, y de una manera re-
pentina, ~~inicia~~, y cuando pare-
cia gozar el individuo de salud per-
fecta; acostumbra á iniciarse con
un acceso epiléptico, al cual, y con in-
tervalos de corto tiempo, siguen otros
análogos: intervalos que si en un prin-
cipio nada tienen de particular, no

89

tardan en caracterizarse por alteraciones psíquicas. Alguna vez uno de estos intervalos es lo bastante largo para tranquilizar al enfermo y olvidarse de ellos; pero pronto aparece de nuevo el acceso, seguido de otros, hasta que lenta y sucesivamente surgen los trastornos psíquicos. En algunos casos más raros, estos trastornos anteceden al acceso epiléptico.

La forma que adopta es la de una verdadera epilepsia, ^{con} pérdida total del conocimiento, ^{con} contracción de las pupilas, etc, etc, o bien co

86
no ha hecho notar Wilks, la pérdida
del conocimiento es solo parcial. Otras
veces, los accesos rudimentarios epilep-
tiformes, alternan con los de verda-
dera epilepsia.

Los desordenes psíquicos, al prin-
cipio, consisten en el cambio de caracter
del individuo que ó esta triste, hasta
adquirir una verdadera melancolia,
ó tan inevitable que llegue á la ma-
nia, seguida de debilidad notable de
la inteligencia y de pérdida de la

memoria; y aun llega á parecerse á la demencia paralítica, aunque, según Wille, faltan las alucinaciones, tan comunes en esta enfermedad.

Tambien en este estado, aparecen algunas parálisis que no se manifiestan de repente, como las del ataque aploplético, sino de una manera lenta y gradual; y que no son tampoco completas, sino que más bien adoptan la forma de parésias, y aun la de una simple debilidad; siendo, por lo comun, más

pronunciadas en un lado que en otro,
 y presentandose en los miembros su-
 periores o en los inferiores separada-
 mente, o bien, en el superior e infe-
 rior del mismo lado, en cuyo caso exis-
 te tambien la de la mitad correspon-
 diente de la cara. El funcionalis-
 mo del miembro afecto es muy difi-
 cil y aun limitado, pues obliga al
 enfermo la progresion, a arrastrar.

el pié, careciendo de energia, aunque
sin inutilizarlos, los demás movi-
mientos; así, el paciente, puede escribir,
levantar los brazos, etc.

Los más graves fenómenos
paralíticos se refieren á la articu-
lacion de la palabra, siendo muy
variadas las modificaciones que sufre.

Es rara la afasia completa, aun
que se há observado transitoriamente
en los momentos de exacerbacion.

de los síntomas psíquicos: lo más común es una simple dificultad, un obstáculo para la articulación de la palabra; lo cual obliga al enfermo a hablar con mucha lentitud, dudando al pronunciar o parándose de cuando en cuando en el discurso, como si olvidase lo que quería decir, y acompañando sus palabras de gestos u otros movimientos.

La articulación de los sonidos no me

le estar dificultada, pues los enfermos pronuncian todas las consonantes y repiten perfectamente las palabras que se les dicen. La lectura les es imposible de todo punto, o despues de haber leído algunas lineas no pueden continuar. Si se les manda contar, llegan a repetir algunos números, y no les es posible seguir adelante.

Estas dificultades en la articulacion de la palabra, no son continuas; pues, a solas, o entre personas de mucha

62
confianza o de la familia, desaparecen.

La marcha general de este estado morbozo, presenta alternativas de alivio y de exacerbacion, sucediendo, que durante cierto tiempo, el enfermo recobra toda la energia de sus movimientos, desaparecen los desordenes psiquicos, y los accesos epilepticos se presentan de tarde; más, al fin, sobre todo si

el tratamiento há sido descuidado, y aun á pesar de una entusiástica medicación, se agravau los síntomas de una manera notable, los accesos epilépticos á fuerza de repetirse concluyen casi por ser continuos, y si dejan intervalos, en estos, las funciones intelectuales se presentan cada vez más alteradas: despues, viene un estado de somnolencia comatosa, que concluye en la pérdida total

del conocimiento, convulsiones, inconti-
 nencia de orina y de heces fecales, fiebre,
 lesiones pulmonares, y formacion de es-
 tensas ulceras por decubito, hasta
 sucumbir en profundo coma.

Algunas veces, por el contrario, emplean-
 do un tratamiento apropiado y ener-
 gico, los accesos epilepticos se hacen ca-
 da vez mas raros, lo mismo que las convul-
 siones, los desordenes psiquicos y las parálisis,

acabando por desaparecer para siempre.

2.

Con no' menos frecuencia que la forma descrita, se presenta otra, que á causa de la gran variabilidad de los síntomas, y el gran número de accidentes á que dá lugar, adquiere el particular carácter de inestabilidad, conocido ya de los antiguos médicos.

Igual á la precedente en su

invacion prodromica, el principio de alteracion profunda del cerebro se manifiesta de un modo variable; asi, muchas veces es bruscamente atacado el enfermo de parálisis de los nervios cerebrales, traducidas por caída del párpado superior, ofuscacion de la vista, estrabismo, y diplopia, acompañadas o no de aneurisma de la cara, precedida a veces de fenómenos irritativos de duracion va-

67
riable, como contracciones espasmódicas
de los músculos faciales, o neuralgias del
trigémino, que se distinguen perfectamen-
te de las cefalalgias prodromicas por la
localizacion del dolor, que sigue precisamen-
te la direccion de las ramas del nervio, y
porque no se exacerbau a la presion.

Otras veces el principio de la enfer-
medad es un ataque apoplético grave que
se presenta de una manera repentina,
aunque exista una causa ocasional,

como fatiga, carrera rápida, excesos venereos,
etc. En estos ataques, el enfermo pier-
de inmediatamente los sentidos, cae al
suelo y permanece por poco tiempo tendido y
privado del conocimiento: casos hay, en que
la pérdida del conocimiento no es completa,
y en que el paciente se da perfecta cuenta
de lo que ocurre a su alrededor, si bien,
le es imposible el más ligero movimiento
o la articulación de una sola palabra.
No es raro que el ataque apoplético sea

69
precedido de ligero vértigo, y el paciente
pueda evitarse una brusca caída,
apoyándose en algún mueble, sentan-
dose, etc,

Al recobrar el conocimiento
se encuentra paralítico, por lo común
de un solo lado, quiere hablar y lo ha-
ce con gran dificultad, y si se levan-
ta, la progresión es difícil e incierta.
Hay veces, que el único fenómeno paralí-
tico es la afasia.

Del mismo modo que sucede con

las parálisis de los nervios cerebrales, antes descritas, puede presentarse tambien la hemiplegia sin que haya perdida del conocimiento, y seguir entouces el enfermo, paso a' paso, los progresos de la lesion -

En su curso, la enfermedad se conduce de la misma manera que las hemorragias o' las embolias cerebrales; el paciente no' tarda en volver a' su estado primitivo, y solo como

71

restos del pasado ataque, quedan parálisis de larga duración. Con frecuencia, sin embargo, no tiene lugar tan inmediato alivio, y entonces sobrevienen otros fenómenos más graves, que así como el estado de somnolencia de que luego hablaremos, pueden ser como los primeros síntomas de la enfermedad.

Es característico en esta forma de sífilis cerebral, la rapidez con que se manifiestan los fenómenos pro-

pios de ella. Durante algunos días,
o' solo algunas horas, los enfermos se
quejan de dolor de cabera que vá
gradualmente aumentando en inten-
sidad, o' bien, de atontamiento, pos-
tracion de fuerzas e incapacidad pa-
ra toda clase de trabajo; se encuen-
tran en profundo abatimiento, tienen
mal humor, estau tristes, y distraidos,
fijan la mirada sin expresion y por
largo tiempo en los objetos más frívolos:

cuadro sintomatológico que recuerda al de las inflamaciones meningéas, ó al de reblandecimientos circunscritos cerebrales. Marshall Hall, ha creído encontrar analogia entre el proceso morboso que nos ocupa y el hidroencefalocelo de la infancia.

En este estado, los enfermos se encuentran en una especie de estasis de la que apenas se consigue sacarlos por algunos segundos: guardan la

74
posición decubito-supina, tienen los
ojos cerrados, arrugada la piel de la fre-
te, y la expresión de risa sardónica en
la boca. A menudo se nota cierta in-
quietud, y ejecutan algunos movimien-
tos, que en rigor no podemos llamar
automáticos, aunque nos sea desconoci-
da la excitación que los produce.

Hay momentos, sin embargo, en que
el aspecto de su cara es de sueño tran-
quilo, y si se les deja, permanecen en

79

este estado algunas horas, háita que, generalmente al anochecer, se vuelven inquietos, se levantan, si no están paráliticos, piden sus ropas y van de un punto á otro, orinandose ó defecando en cualquier parte de la habitacion, nó por efecto de la relajacion de los esfínteres, sino por carecer de idea precisa del sitio en que se encuentran.

Durante este estado de somnambulismo ó semivigilia, se consigue á

veces llamarles la atencion y conducirles
al lecho, en donde por otras cuantas horas
vuelven à estar tranquilos; si entouces
se les llama o mueve, abren los ojos
estranados, y entre bosteros y quejidos
responden lentamente y con frases entre-
cortadas, como el que en perfecto estado
fisiológico vuelve de profundo sueño: à
las preguntas que se les dirigen, respon-
den lentamente, pero acordes y rasonables,

77
si bien revelan alguna deficiencia en sus facultades intelectuales, y falta de memoria, y tan luego como se les deja de interrogar caen en la misma somnolencia.

Si examinamos el cuerpo de estos enfermos, encontramos las parálisis motoras descritas, siendo más frecuentes las de los músculos motores del ojo, y las hemiplejias por lo comun acompañadas de contracturas o contracciones clónicas, y aunque no es frecuente, de

78
rigidez muscular.

La sensibilidad permanece normal. Si se hiere á estos enfermos con un alfiler, las contracciones de un cara expresan dolor seguido de fenómenos reflejos, así como de huida de la parte; y á veces la sensibilidad refleja está aumentada en el lado en que existen las contracturas, pues el más ligero contacto en este lado, dá lugar á fuertes sacudidas de todo el cuerpo —

Tambien hay casos en que falta toda
parálisis y no acusa el paciente más que
dolor, pero si reconocemos su cuerpo,
no es raro encontrar vestigios de re-
ciente o antigua manifestacion sifi-
lítica, así como exantemas, tumores go-
mosos, sífilis del testis, infartos ganglio-
narez, y aun sífilis del pene -

En los organos internos no se apre-
cia ninguna alteracion, pues por lo

general, los enfermos comen lo que se les da, y es raro rechacen los alimentos; solo algunas veces se les nota estreñimiento de vientre. La fiebre no es constante, pero puede ser violenta -

Todo este conjunto de síntomas es interrumpido por cortas pausas, en las cuales, el enfermo se encuentra en condiciones normales, hasta que convierten de nuevo por fin la somnolencia en sopor, y sucediendo a este un coma profundo,

el enfermo sucumbe. En otros casos no sucede así, y a pesar de alterarse el cerebro de manera tan grave, bajo la influencia de un tratamiento apropiado, y aun independientemente de todo tratamiento, se inicia la curación y el enfermo recobra la salud, haciéndose cada vez más largos los intervalos que entre sí dejan los ataques, al paso que, durante estos, el enfermo se queda libre de algún síntoma.

Las recaídas tienen lugar con bastante frecuencia, presentándose de nuevo los desórdenes intelectuales, el delirio, las parálisis, etc, pero sin adquirir nunca el carácter de gravedad que habían tenido; y cuando, por fin, la curación es completa, quedan por toda la vida algunas tanto deficientes las funciones psíquicas, debilitada la memoria, y entorpecida la palabra -

Es bastante común, que el mismo

tiempo que emplea este proceso morboso en llegar á su maximum, tarde luego en alcanzar la curacion; no siendo ^{en las} parálisis de los nervios cerebrales y en las hemiplegias, que la curacion tarda algo más, por ser debidas á lesiones cerebrales más profundas: así, se ve, que mucho tiempo después de desaparecer la afeccion aguda, persiste el estado paralítico, y la progresion es incierta y vacilante, necesitando los enfermos, apoyarse en un baston de

rante aquella; los brazos están inactivos, y sus musculos en figura contractura; la pronunciacioun es difícil, y existe algo de parálisis facial.

Suceder puede, que la curacioun parezca completa, no' siendo lo, y quedem restos latentes de la enfermedad, amenazando con una recidiva, que no' se hace esperar, por lo general, mucho tiempo, sirviendo la menor causa para que se repita la dolencia con los mismos caracteres de antes,

o con alguna modificacion relativa al sitio. La curacion de esta recidiva puede ser espontanea, aunque las parálisis tardan en desaparecer, y aun pueden seguir otras recidivas á la primera, faltando las parálisis, y presentandose solo sintomas de alteracion mental, que desaparecen con rapididad.

¶¶.

Existe, por ultimo, una tercer forma.

de sífilis cerebral, que unas veces principia,
por un malestar general é indescrípible,
con cambio en el carácter del enfermo, que
se torna triste y melancólico; otras por
insólita excitación psíquica, extraordinaria
excitabilidad, y pasagero desorden de
las facultades mentales; y en casos más
raros, por verdadera monomania. Estos
desórdenes de las funciones intelectuales
pueden persistir por bastante tiempo,

sin que puedan referirse á ninguna enfermedad nerviosa, y desaparecer despues, recobrando el paciente su estado normal; pero al poco tiempo reaparecen los mismos fenomenos, y en esta alternativa pasar á veces algunos años.

llama especialmente la atencion, en esta forma morbosa, que á toda agravacion aguda de la afeccion púgnica, acompaña, por lo comun, una nueva erupcion sifilitica en la piel, ú alguna

otra manifestacion del mismo caracter, en otros organos. Despues, se quejan los enfermos de debilidad general y falta de energia en las acciones vitales, se cansan con gran facilidad y son incapaces de ejecutar trabajo alguno que precise de fuerza muscular, siendo inciertos sus movimientos y su andar vacilante. La sensibilidad en los miembros, está tambien alterada, y acusan hormigueo, prurito y dolores fugaces; la palabra es incierta, interrumpida y desordenada.

da, la lengua se mueve de una manera irregular, y al querer hablar, el enfermo, balbucea; en la inteligencia, lo mismo que en la memoria, experimentan tambien, lenta, pero progresiva debilidad.

A este periodo sigue otro, en el que ya se presentan verdaderas parálisis, acompañadas con frecuencia de pérdida del conocimiento, y que adoptan la forma hemipléjica o parapléjica; diferenciándose de las de la forma anterior, en

que estas no son permanentes, pues desaparecen con la misma prontitud con que se presentan, y en que recidivan con gran facilidad, para reaparecer con igual rapidez.

Durante estas pasajeras parálisis, aumenta de una manera notable la prostracion de fuerzas físicas, encontrándose los enfermos cada vez más imposibilitados de ejecutar movimientos que precisen alguna energía, como subir

91

escaleras, por ejemplo, y presentando además ataxia en los movimientos combinados: si se les manda sacar la lengua, no lo ejecutan sin hacer grandes gestos, y si escriben, lo hacen al principio muy confuso, acabando por no poderse leer; su manera de andar es incierta, vacilante y claramente atáxica; los desordenes subjetivos de la sensibilidad, se hacen tambien más manifiestos, y aparecen parésias transitorias de los nervios cerebrales,

y desigual dilatacion de las pupilas, apareciendo tambien aumenado la parálisis de los esfínteres.

El curso de esta forma morbosa es largo, pues dura bastantes meses y á veces años; con intervalos, en los cuales el enfermo se encuentra completamente libre de todos los síntomas descritos y con aparente salud, pero acaba por sucumbir las más de las veces, á consecuencia de una afeccion pulmonar aguda, de una cistitis, lesiones

por decúbito, ó por tisis.

93

IV.

La duracion de las enfermedades sí-
filíticas del cerebro es muy variable. La
más corta parece ser la segunda forma,
de las tres descritas, ó sea aquella en que
existen alteraciones de los vasos sangui-
neos, observandose casos, en que despues de
presentarse por bastante tiempo, háu-
solo ligeros fenómenos prodrómicos, apa-

rece de repente el ataque apoplético, seguido de sopor, y el enfermo sucumbe en pocos dias; alargando tan fatal desenlace el empleo de una medicacion conveniente.

La primer forma, por el contrario, nunca mata en tan corto tiempo; la epilepsia, tan comun en ella, puede persistir durante algunos meses sin que sobrevengan más graves desordenes piégnicos, y aun á pesar de estos, la

vida se prolonga por bastante tiempo. 95-

De más larga duración es todavía la tercer forma, pues su curso se mide siempre por años; y si alguna vez la muerte acontece en plazo más breve, es debido a la gravedad de las complicaciones que se presentan.

La terminación más común de las tres formas es la muerte, y en efecto, la alteración de estensas porciones del cerebro,

96.
y aun la destruccion del mismo que tiene
lugar, y las muchas y graves complica-
ciones que se presentan en otros organos
de no' menos importancia vital, es-
plican lo bastante sin fuesen fin;
sin embargo, cualesquiera que sea la for-
ma que adopte el padecimiento, veuse
caer todos los dias en la literatura me-
dica, de notables mejorias y aun de com-
pletas curaciones llevadas a cabo en indi-
viduos que padecian neoplasmas sifiliticos

de la superficie del cerebro.

V.

Para poder diagnosticar con seguridad las lesiones cerebrales de naturaleza específica, es necesario que el individuo sometido a nuestro examen, presente signos de sífilis constitucional, de otro modo, el diagnóstico sería siempre muy problemático, aunque se defienda por

algunos, que en la manera de agruparse
o de sucederse los síntomas, se puede
formar un buen criterio de la natura
leza de la enfermedad: por otra parte,
como quiera que las especies sífilíticas
del cerebro pertenecen al llamado período
terciario, sucede, que cuando aquellas se
manifiestan, han desaparecido ya, no
han solo las erupciones cutáneas, sino
que también otras más profundas,

como las de los huesos por ejemplo; así
 es, que importa mucho reconocer aten-
 tamente si existen algunos restos de
 antigua sífilis, como cicatrices en los
 órganos genitales, o las resultantes del
 bubon supurado en las ingles, manchas
 pigmentadas y de redonda forma en la
 piel, depresiones en la frente del tamaño
 de una lenteja, o bien en la parte anterior
 de las piernas, cicatrices radiadas en las

mucosas, de la boca en especial, perdidas
 de sustancia ^{como} hechas con sacabocados en
 la bóveda del paladar y en las fauces,
 aspecto rugoso y depresiones en la su-
 perficie de los huesos, infartos e indu-
 raciones de los ganglios linfáticos, del
 occipucio en especial, tumefaccion abo-
 lladura u atrofia de uno de los testes,
 etc, etc. Una vez encontrado cualquiera
 de estos signos, debe obligarse al enfermo,
 a veces refractario, a que cuente esta-

101

Nada la historia de un mal, é informar
se con exactitud de la marcha que ha
ya seguido la sífilis.

No basta, sin embargo, que en un
enfermo claramente sífilítico se presen-
ten lesiones cerebrales para que atribuya-
mos estas á la sífilis, que muy bien pue-
den ser independientes una y otras; es
necesario, que con recto criterio nos infor-
memos minuciosamente del cuadro sín-
tomatológico que presente, porque si

bien cualquiera de los síntomas aislados
 de lesión cerebral puede pertenecer a la
 sífilis, no sucede lo mismo con el conjunto
 de ellos, como ya anteriormente hemos
 hecho ver, porque reunidos presentan
 ciertas particularidades que facilitan
 el diagnóstico diferencial, encontrando
 en las distintas formas de afección es-
 pecífica del cerebro, caracteres especiales
 y constantes, como las alternancias de
 agravación y de alivio, que una ve-

103
ces tiene lugar espontaneamente, y otras
es debido á un tratamiento apropiado;
alivio que en ocasiones dura tanto tiempo,
que las exacerbaciones no parecen mas
accesos que vienen á interrumpir el
bienestar y la calma; así como esta
especie de forma paroxística en que
pueden presentarse desordenes de las
funciones psíquicas, ó aquel estado de
semivigilia que comparamos al somnambulismo,
y parálisis, y dolores, y convulsio-

nes y alteraciones de los sentidos.

104

Nada de esto sucede con los tumores no sífilíticos del cerebro, cuya marcha es además continua, y de agravación progresiva, ni con las inflamaciones meningéas no específicas, cuya invasión puede ser también brusca y rápida, pero que no presentan en su curso esas alternativas de exacerbación y de alivio; ni bien es cierto, que algunas inflamaciones agudas y los accesos del

cerebro mismo, presentan en su marcha cierto parecido, con los neoplasmas sífilíticos de este órgano, se distinguen, no obstante, en aquellos periodos de marcado alivio, peculiares y característicos de la sífilis cerebral.

VI.

Las alteraciones más graves á que puede dar lugar la presencia del virus sífilítico en el organismo, son sin disputa las del sistema nervioso,

que entorpeciendo seriamente ó aboliendo por completo las funciones cerebro-espinales, á consecuencia de las lesiones anatómicas que produce en el aparato inervador, causa la mayor parte de las defunciones en los individuos atacados de la enfermedad constitucional.

No por esto, sin embargo, puede decirse que el pronóstico sea siempre y en absoluto fatal, como se demostrar hemos tenido ocasion, es más, de las

lexiones que al cerebro afectan, puede afir-
 marse que las menos mortíferas son las
 de origen sífilítico; y aunque no concluido
 de demostrar, debe admitirse, que las
 neoformaciones sífilíticas del interior del
 craneo, del mismo modo que los tubercu-
 los cutaneos y los gomas óseas, pueden
 resolverse, disminuir de volumen y de-
 saparecer despues.

Lo que parece probado es, que los
 tumores cerebrales de origen sífilítico,

obedecen menos á un tratamiento específico que las manifestaciones externas del mismo origen, observándose casos de desaparición completa de exantemas y de gonias de la piel en individuos que en la hora cadavérica han presentado después á la inspección anatómica, no una resolución incipiente de esos tumores, sino que ni siquiera la más pequeña mejoría; necesitan pues, un tiempo mucho más largo estas manifestaciones, que

las que abortan al exterior -

Debe tenerse presente, además, que nunca puede llamarse completa la curación, pues aun en los casos más felices, las cicatrices resultantes, son capaces de producir desórdenes permanentes en las funciones cerebrales. El pronóstico más favorable pertenece a los neoplasmas de la dura-madre, ó a los de las otras meninges, siempre que ocupen un espacio muy circunscrito, y que

en la lexiou no tome parte el cerebro.

Si por separado estudiamos los diversos sintomas, estos ofrecen bajo el punto de vista pronóstico, distinta importancia segun el asiento y la estension de la causa que los origina: así, los trastornos agudos de las funciones psíquicas, lo mismo que la epilepsia, cuando no complican ninguna lexiou cerebral son de pronóstico favorable; y las parálisis de los nervios cerebrales, así como las neu-

111.
ralgias y las anestesias circunscritas, tam-
poco presentan mucha gravedad; las
parálisis motoras son más rebeldes, pues
el tejido cicatricial que deja el neoplasma,
si desaparece, puede dar lugar á altera-
ciones consecutivas en el nervio afecto,
que hagan imposible el restablecimien-
to de la motilidad. Si á las parálisis
circunscritas de los nervios del cerebro,
se asocian convulsiones, estado soporoso,
ó hemiplejia, el pronóstico es más serio,

porque esta agrupacion de sintomas
 indica mayor crecimiento del tumor,
 y lo que es más grave, que los vasos
 sanguineos han tomado parte en el
 proceso morboso: la tonolencia, ~~tonam-~~
 bulismo y exaltacion mental, no son de
 pronóstico esclusivamente graves, sino
 existe hemiplejia.

VII

Fue el mercurio usado como anti-

filítico sea la causa de las lesiones cerebra-
 les objeto de nuestro estudio, es una antigua
 preocupacion que en el dia carece de fun-
 damento como ha demostrado Kussmaul,
 estudiando detenidamente todas las afec-
 ciones nerviosas originadas por la accion
 del mercurio en el organismo, que en
 nada se parecen a los procesos del sis-
 tema nervioso producto de la sífilis.
 Además, la práctica nos enseña todos los
 dias, que el mercurio cura las neofor-

114

ciones específicas cerebrales, que estas neofor-
maciones son idénticas á las que la sífilis
produce en los órganos internos, y que en las
autopsias de los que sucumben á causa de
intoxicacion hidrargírica, jamás se há
encontrado nada que se pareciera á las
lesiones sífilíticas. Es, pues, el
mercurio un verdadero específico para
la sífilis, y sabida la gravedad de esta,
cuando en el cerebro se fija, debemos usar-
lo desde luego y con energia, administra-
dolo á grandes y repetidas dosis.

115

Disputando al aroque su virtud anti-
sifilítica, se presenta en el palenque cien-
tífico el iodo: si siguieramos las teorías
de Leon Gros y de Lancereaux, usaríamos
el ioduro potásico en las manifestacio-
nes terciarias sifilíticas y sobre todo en
las producciones gomosas, al par que
contra los fenómenos secundarios y
contra las afecciones congestivas y flogis-
ticas, el líquido eterno; más como duran-
te la vida es muy difícil señalar una
distinción, y como es lo más común

116
en estos casos, que se trate de fenómenos se-
carios de la enfermedad, aconsejamos recurrir
sin pérdida de tiempo á uno de los dos referidos
medicamentos á fin de detener en su curso y
conseguir la resolución pronta de los procesos gono-
rosos. Bajo este punto de vista nos parece mejor el
mercurio, prefiriendo el preparado de este metal
que en menos tiempo sea absorbido por el orga-
nismo en mayor cantidad. El empleo del un-
guento mercurial en unciones cumple más
facilmente y de una manera más segura á este
fin, siendo á la vez más fácil de administrar
en los enfermos privados del conocimiento, ó en aque-

Nos de invencible repugnancia á medicarse 117
por la boca.

La medicación debe de emprenderse con prontitud y valentía, sin hacer caso de ningún género de consideraciones, porque el peligro es cada día mayor: así, ni que el sujeto sea débil ó deprimido, ni que haya hecho uso del mercurio en épocas anteriores, debe de ser contraindicación aparente.

En cuanto á la dosis á que ha de administrarse el mercurio, varía según la gravedad del mal; la práctica más generalmente seguida, consiste en hacer durante los 15 días primeros, una fricción diaria con 4 ó 5 gramos de unguento mercurial, turnando de día, en las extremidades su-

periores, en las inferiores, ó en el tronco; despues, si se 118
nota alivio, los fricciones se harán un día si y otro
no durante algunas semanas, concluyendo por usar
la mitad de la dosis dicha, de una manera inter-
mitente y durante cierto tiempo, porque no conviene
que sea corto el tratamiento, que entouces, corre
peligro de ver reaparecer la dolencia, y con carac-
teres más alarmantes: si hubiera recidiva, acudiría
mos nuevamente con prontitud y energia al trata-
miento dicho. Si durante el uso del mercurio, y á pe-
sar de la limpieza de boca y dientes, que debemos re-
comendar para evitar en lo posible la salivacion,
esta se presentase, la combatiríamos con el clorato potá-
sico en cantidad de 2 á 3 gramos en 100 de agua.

para tomar a cucharadas durante el dia, o bien 119.
con el constante uso de esta sal comprimida, en
pastillas de Leo, Niellk, etc,

Cuando no permita el estado de la
piel usar fricciones, recurriremos a las
inyecciones hipodérmicas de sublimado, con
la misma perseverancia que aconsejamos
en aquellas.

Tambien al interior se prescriben
con éxito los hidrargíricos, cuando la neopla
sia está todavía muy limitada, y cuando
el enfermo es atormentado por un solo síntoma
como cefalalgia, insomnio, epilepsia, y las

fricciones no han dado resultado: siendo lo que 120
con más frecuencia se propina, el sublimado, los
Calomelanos, el protoioduro y bioioduro, en forma
pilular, y gozando tambien de bastante fama,
las pilulas de Sedillot, y el licor de Van Swieten.-

El ioduro potásico, de acción más lenta,
está indicado cuando la lesión está limitada
á un tronco ó ramo nervioso, y cuando, preven-
tándose un síntoma aislado, (paralisis, neuralgia, et).
comprendamos que ni aquella es muy estensa,
ni tiene tendencia á seguir una marcha rá-
pida. Se usa tambien, cuando despues de
un enérgico tratamiento mercurial, se han.

Llegado á vencer los más graves fenómenos de
 la lesión cerebral, quedando solo por curar
 algunos restos de la enfermedad, como para-
 lisis, contracciones, convulsiones parciales, etc, que
 pueden depender más bien de la cicatriz
 resultante, que del neoplasma mismo; en
 tales casos, daremos el yoduro potásico durante
 algunos meses, asociando á su empleo el de
 los baños calientes, de vapor, ó sulfurosos.

Las dosis á que debe administrarse
 el yoduro potásico, deben ser grandes, princi-
 piando por un gramo, y aumentando gradual-

mente hasta 8, 10, y más gramos al día, en 122
disolución concentrada, (10 por 120 de agua, para
tomar de cuatro cucharadas en adelante) y a
produce trastornos gástricos, merclaremos algu-
na agua mineral. Las dosis pequeñas y
refractas, son completamente ineficaces.

La terapéutica automática aconse-
ja: contra el insomnio, el hidrato de cloral y
el paraldehido; contra las neuralgias intensas,
los narcóticos, en especial, las inyecciones hipo-
démicas de clorhidrato de morfina; en las
congestiones cerebrales, la aplicación de sangui-

123
juelas á los apófisis mastoideas, y las vejigas con
hielo á la cabeza; en la somnolencia, el almira-
cle y el vino de Terer; y si hay tendencia al
sopor, cambiar la posición del enfermo, sentan-
dole al enfermo en la cama, y aun levantán-
dole, á ser posible; en la atricción de vientre,
los enemas y los purgantes salinos; y en las
parálisis de larga duración, la gimnasia,
el masaje, las fricciones con sustancias exci-
tantes, y sobre todo la electricidad.

En general, deben someterse á los en-
fermos á una dieta muy severa, para que

el tratamiento sea más rápido y consigamos
 detener en su curso á la enfermedad, sin
 temor á la anemia sifilítica; solo en los
 sujetos extremadamente débiles, usaremos
 una dieta más tónica, compuesta de carne
 asada, buenos caldos y leche -

No debe de olvidarse, aconsejar á los
 convalecientes, el cambio de aires, los baños
 de mar, y especialmente los calientes y sul-
 furados.

He dicho

Ause lerre
 S. Sauter
Manuel Tomás Latorre