

Notas Sobre el Tratamiento Actual de la Neuro-lúes

(De la Revista Gaceta Médica de México) Por el

Dr. ALFONSO AULLAN

Criterio de Curación

Es bastante difícil obtener uniformidad de conceptos sobre lo que ha de entenderse como curación en general, y, en particular como curación de la sífilis del neuro-eje. En efecto, todas las enfermedades crónicas están sometidas, como se sabe, a una evolución lenta, que procede por etapas, de tal manera que se dificulta afirmar si en tal momento se ha obtenido la curación de la enfermedad general, o se ha obtenido sólo la curación de alguno o de algunos de los síntomas de dicha enfermedad general; o se ha obtenido solamente la detención o fijación de la enfermedad en una etapa determinada, obstaculizándose, por la intervención terapéutica y en forma definitiva o no, toda evolución ulterior del padecimiento. En las enfermedades crónicas no es posible esperar una terminación siquiera semejante a la de las enfermedades agudas o subagudas, (período de invasión, período de estado, crisis o lisis y después convalecencia) A, un cuando las propias enfermedades crónicas estén sometidas también a una evolución por etapas, la terminación es crisis o lisis seguida de un período de convalecencia que a su vez preceda al restablecimiento normal de la salud, no se presenta. Esto es particularmente cierto y complejo precisamente en el caso de la neuro-sífilis. De ella sabemos, en efecto, que no es sino una etapa (**generalmente** la final) de la invasión sífilítica del organismo. Nada importa, desde este punto de vista, que haya **treponemas** neurotrópicos o no; el hecho importante es que la infección sífilítica del sistema nervioso central es precedida por otras etapas de infección sífilítica del organismo y, por consecuencia, cuando la neuro-sífilis evoluciona, lo hace sobre un terreno que por una razón u otra no ha podido vencer las etapas previas de infección sífilítica. Es por ello que frecuentemente la neuro-lúes está acompañada de sífilis vascular (**aortritis**, -etc.), o de sífilis visceral u ósea, artropatías, etc.

Al intervenir terapéuticamente, pues, sobre un neurolúetico, estamos en realidad interviniendo sobre un luético general con manifestaciones predominantes en el sistema nervioso central. Y nuestro criterio para definir si el paciente está o no curado de su neuro-sífilis, no puede escapar a esa consideración de índole general.

Para hablar de curación, debemos restringirnos, pues, a observar si nuestra conducta terapéutica ha hecho desaparecer

los trastornos presentados por el sistema nervioso central y si éste ha recuperado en parte o en su totalidad las funciones atacadas por la enfermedad. En el caso de la neuro-lúes, tenemos que tomar en cuenta sus diversas formas clínicas; independientemente de considerar, desde el punto de vista anatomopatológico, la sífilis parenquimatosa o vascular, lo que nos interesa es recordar que existen dos grandes formas de neurosífilis: la neurosífilis con trastornos mentales, cuyo tipo fundamental es la parálisis general progresiva, y las neurosífilis sin trastornos mentales, cuyo ejemplo pueden ser las tabes o las mielitis luéticas.

Desde el punto de vista de unas y otras, tenemos elementos de juicio que pueden ser comunes, como son: el estado del líquido céfalo-raquídeo y la modificación de funciones nerviosas primarias como los reflejos, etc. Y es que como se sabe, en las neuro-lúes con trastornos mentales y en las que no tienen, se presentan modificaciones tanto del líquido céfalo-raquídeo como de los reflejos y otros neurológicos. Entonces, nuestro criterio sobre la influencia y eficacia de la terapéutica debe tomar en consideración para todas sus formas clínicas, las modificaciones del líquido céfalo-raquídeo y de las funciones neurológicas primarias alteradas por la infección; pero en el caso de la neuro-lúes con trastornos mentales, aparte de las mejorías obtenidas en líquido céfalo-raquídeo y las funciones neurológicas, deberán obtenerse modificaciones de los trastornos mentales.

Consideremos un poco más en detalle esos diversos elementos. El líquido céfalo-raquídeo es el primero en manifestar la invasión del sistema nervioso central por la neuro-lúes. Casi todos los elementos constitutivos de dicho líquido se modifican apreciándose, como se recuerda, un aumento de elementos celulares; un aumento de las globulinas y de las albúminas totales, (lo que da la positividad de las reacciones de Pandy, de otras para las globulinas y coloidales, más la presencia de positividad de reacciones luéticas (Wassermann, Kahn, etc.); y además, según los progresos actuales del laboratorio, diversas reacciones más finas para la investigación de tales o cuales nuevos tipos de globulinas, etc., etc. Desde el punto de vista práctico y resumiendo, podemos hablar de un síndrome del líquido céfalo-raquídeo, común a todas las formas de neuro-lúes, que evidencia o descubre la actividad de dicho proceso sobre el neuro-eje y que consiste en:

a). — Aumento de los elementos celulares y en particular de los linfocitos. Este aumento debe considerarse como patológico cuando pasa la cifra de 4 a 6 en adelante por milímetro cúbico.

b). — Aumento de las albúminas (globulinas y otras). Este aumento produce la positividad de reacciones especiales a las globulinas, así como de ciertas reacciones coloidales. En su totalidad, se estima aumentada la albúmina cuando pasa de la cifra de 30 centigramos por litro en adelante.

Entre los elementos arriba mencionados, puede haber en general, como sabe, cierto paralelismo o cierto falta de correlación, y así se pueden encontrar por Ejem. resultados de 50 a 60 leucocitos y 40 o 50 centigramos de albúmina, o bien de 15 o 20 elementos celulares y 80 centigramos a 1 gramo de albúmina, es evidente que en el primer caso hay una reacción vascular predominante de pronóstico menos grave que la también evidente predominancia de destrucción parenquimatosa del segundo ejemplo, que es a su vez de pronóstico más serio.

c). — Reacciones coloidales {Lange, benjuí, carbón, etc.) positivas con curva a la izquierda. La especificidad de una curva positiva a la parálisis general progresiva, discutible, no tiene para este síndrome de líquido céfalo-raquídeo general a todas las formas de neuro-lúes, importancia particular.

d).— Las reacciones positivas de Wassermann, Kahn, etc., constituyen el último elemento que nos interesa para integrar este síndrome de líquido céfalo-raquídeo. Sólo falta señalar la importancia que tiene el hecho de que dichas reacciones sean positivas con cantidades gradualmente crecientes del líquido, siendo importante comenzar a buscarlas desde con un décimo de centímetro cúbico de dicho líquido.

Cuando en un antiguo sifilítico encontramos los anteriores cuatro elementos, podemos afirmar que aún en ausencia de signos y síntomas neurológicos o mentales., estamos frente a un caso de infección luética del neuro-eje. Esto es una verdad generalmente aceptada por todos los neuro-psiquiatras. De ella, con muy buen juicio, han derivado algunos y en México nuestro distinguido colega el Dr. Samuel Ramírez Moreno, la conveniencia de establecer el diagnóstico humoral y preclínico de la neuro-lúes, que como se comprende, es en este momento más accesible a la intervención terapéutica.

Nuestro criterio de curación ha de consistir, pues, desde el punto de vista del síndrome del líquido céfalo-raquídeo, en la eficiencia de nuestros recursos terapéuticos para volver a la normalidad las cifras de elementos celulares y de albúminas del líquido céfalo-raquídeo, así como obtener que las reacciones positivas se hagan negativas. Ahora bien, la experiencia de los autores norteamericanos y franceses que he podido conocer, concurre a establecer un criterio que en mi concepto es el único que puede obtener la unanimidad de opiniones. Este criterio consiste en afirmar, por una parte, que sólo las neuro-lúes activas, evolucionando, desarrollándose, son capaces de producir todos los trastornos constitutivos del síndrome del líquido céfalo-raquídeo mencionados con las letras a, b, c, y d. Cuando no se presentan esos cuatro elementos mencionados, o su mayoría, no se puede hablar de neuro-lúes evolutiva o activa con toda seguridad; cuando se presenta uno solo de esos elementos, cualquiera que él sea, se puede negar la existencia de una infección luética en proceso de desarrollo. Estas afirmaciones son el resultado de observaciones a través de

muchos años, tanto de la escuela norteamericana como de la escuela francesa, siendo también resultado de dichos trabajos las afirmaciones generales de que la vuelta a lo normal se hace más o menos en las siguientes formas:

a).—Las células, aumentadas, van reduciéndose hasta sus cifras normales en un período de seis meses a un año, y lo más frecuente es que cuando se obtiene que dichas células vuelvan a su cifra normal (tres o menos de tres, por milímetro cúbico), ya no aumentan nuevamente, si no es que se presentan las modificaciones de los otros elementos, cosa particularmente rara si este retorno a la cifra normal de células se presentó acompañado de la remisión de los otros elementos del síndrome.

b).—Si la cifra normal de células se presenta generalmente durante los seis meses o el año después de realizado el tratamiento, la cantidad de albúminas totales vuelve a su normalidad (alrededor de 30 centímetros por litro) sólo durante el año o año y medio que siguen a la terapéutica. Con frecuencia, la cifra de albúminas totales queda ligeramente superior a la normal, debiéndose este aumento al aumento proporcional de las globulinas. Esto explica la positividad persistente de las reacciones de Pandy. En la actualidad se habla de la globulina gama, que sería la primera en encontrarse aumentada al producir la invasión del neuroeje por la sífilis, pudiéndose practicar una especie de reacción más específica y que desaparecería en este período posterior a la terapéutica a pesar de la persistencia del Pandy, correspondiente a otras globulinas. En todo caso, y al menos, la cifra de albúminas totales, aunque a veces ligeramente aumentada, está frecuentemente disminuida en comparación con la cifra anterior a la terapéutica, y la intensidad de la positividad de las reacciones de las globulinas está también muy disminuida.

c).—Las reacciones de Wassermann, Kahn, etc., van también disminuyendo su positividad y pueden llegar a hacerse negativas durante un tiempo más o menos igual al necesario para el retorno a lo normal de las albúminas, es decir, de año a año y medio. Pero pueden permanecer positivas, aunque bajando el grado de intensidad de su positividad, durante varios años. Para apreciar esta mejoría, tiene mucha importancia la comparación y la reiteración de la búsqueda de la positividad con cantidades gradualmente crecientes, no siendo raro, por ejemplo, que una reacción intensamente positiva con tres décimos de centímetro cúbico antes de la terapéutica, se conviertan en una reacción débilmente positiva con un centímetro cúbico del propio líquido, etc.

d).—Las reacciones coloidales siguen en su disminución de positividad, hasta su posible negativización, más o menos el mismo tiempo y tiempo que la disminución de albúminas, pudiéndose apreciar durante el año o año y medio que sucede a la terapéutica, modificaciones como la negativización, o variaciones de intensidad en los tubos de la izquierda, comparativamente, como es natural, con los resultados anteriores.

En resumen, y por lo que hace el síndrome del líquido céfalo-raquídeo, cuando se obtienen las modificaciones de los cuatro grupos de elementos a que me he venido refiriendo, se puede afirmar que la infección luética ya no es activa, ha sido dominada y el sujeto se encuentra biológicamente curado. Es más, los muy documentados trabajos del Profesor Dattner del Bellevue Hospital de Nueva York, demuestran que cuando se obtienen aquellas modificaciones favorables de todos los elementos de líquido céfalo-raquídeo, ya no vuelven a presentarse trastornos que indiquen reactivación del proceso. Es decir que, en estos casos, la curación es estable, definitiva; no señalándose sino excepcionalmente y en condiciones difíciles de dilucidar, una reactivación que pudiera también ser una reinfección. Por mi parte, sería audaz pretender corroborar o discutir¹ los trabajos a que he aludido, y sólo puedo decir que en mi escasa experiencia, encuentro una ratificación completa de las afirmaciones anteriores.

Si consideramos que el líquido céfalo-raquídeo denuncia, por los trastornos constitutivos del síndrome a que hicimos alusión, la actividad y evolución del proceso luético en el neuro-eje, y si consideramos también que la sífilis es un padecimiento crónico, general, del cual la infección nerviosa no es sino una etapa, tenemos que aceptar que el retorno a lo normal del líquido, y claro está también de la sangre, es el mejor criterio biológico para hablar de curación, en cuanto ésta representa la exención de un proceso activo.

Trastornos Necrológicos

No es posible tener para los trastornos neurológicos, la misma objetividad de juicio, la misma seguridad de criterio. En efecto, hay trastornos neurológicos de la índole de los signos neuróticos, como la parálisis pupilar a la luz, o la desigualdad de las pupilas o la desaparición de los reflejos rotúranos o su exaltación, según los casos, etc., cuyo mecanismo de producción no es accesible a modificación alguna, aún cuando se obtenga la extinción del proceso activo en el líquido céfalo-raquídeo y, biológicamente hablando, la extinción de la enfermedad misma. En efecto, muchos de estos signos neurológicos establecidos poco después de la aparición del síndrome del líquido céfalo-raquídeo, tienen el valor de verdaderas secuelas. Es decir, esos signos son la consecuencia de la destrucción definitiva de elementos nerviosos que no podrán regenerarse, como es bien sabido.

Aun cuando sea grosero exponerlo así, en realidad la persistencia de dichos signos es semejante a la presencia de los procesos cicatriciales de cualquier otro órgano, *pie* alteran más o menos las funciones de dicho órgano, o que son más o menos toleradas por el mismo.

La persistencia de algunos de dichos signos neurológicos es quizá comparable a la persistencia, por ejemplo, de ciertos so-

píos de enfermedad del corazón: soplos que con frecuencia no influyen para nada en el funcionamiento normal del órgano; pero no tienen, en ningún caso, el significado pronóstico de dichos soplos, ni tampoco tienen, para el sistema nervioso central, el mismo valor significativo de menor resistencia, ya que en ningún caso la presencia o persistencia de dichos signos neurológicos agrava otra enfermedad propia del sistema nervioso general.

En cuanto a los síntomas neurológicos: dolores, disminución funcional o subjetiva de tales o cuales órganos, etc., pueden ser consecuencia de procesos inflamatorios activos, que pueden detenerse sin más daño del neuro-eje, por la terapéutica, en cuyo caso desaparecen, o bien dicha terapéutica puede haberse hecho en forma tardía y en ese caso se explica la persistencia, por ejemplo, de ciertas crisis dolorosas de algunos tabéticos, que no siempre son modificadas por una terapéutica bien dirigida, que se muestra eficaz sobre el líquido céfalo-raquídeo y que hace desaparecer otros trastornos evidentemente luéticos.

En resumen, la evolución de los trastornos neurológicos no pueden servir de criterio para juzgar la curación de la neuro-lúes, si lo que se espera de la terapéutica es la desaparición de todos esos trastornos. El tejido nervioso no puede recuperar ad-integrum su estructura ni su funcionamiento, pero sí puede quedar al margen, por la terapéutica, de nuevas lesiones.

Neuro-lúes con trastornos mentales

Las cosas se complican más cuando se trata de las formas clínicas de la neurosífilis con trastornos mentales, de la que la principal es, como se sabe, la parálisis general progresiva. Cualquiera que sea su forma, la infección sífilítica del cerebro conduce, más o menos pronto y abandonada a sí misma, a los trastornos mentales de tipo demencial, es decir, de déficit global es de las funciones mentales. Con frecuencia, el déficit global es más o menos escondido, sobre todo al principio de la enfermedad, por la presencia de otros elementos anormales: ideas delirantes o trastornos de la efectividad, de tipo depresivo o de tipo expansivo. Pero, a la larga, la demencia hace su aparición franca, aunque siempre fue posible, para el clínico y para la psicometría, por medio de "test," apreciar casi desde el mismo principio el déficit que inicia el desarrollo de la demencia final. Sin la intervención terapéutica, en los casos de parálisis general progresiva, la infección sigue adelante en los tres terrenos en que la hemos venido estudiando; en el líquido* céfalo-raquídeo, se presenta todo el síndrome a que antes* hiciera mención; en el terreno neurológico, se presentan las modificaciones de reflejos, pupilares, tendinosos, etc., más la disartria y muchos otros signos más, hasta presentarse la caquexia y el m-rasmo paralítico; y en lo mental, poco a poco se presenta la demencia, que hace cada vez más y más

pobre la vida intelectual y efectiva del enfermo, hasta sumirle en el derrumbamiento final y definitivo de sus funciones mentales.

Desde otro punto de vista, los trastornos mentales han hecho del paralítico general un incapaz para llevar sus negocios, un incapaz civil, lo mismo que un irresponsable penalmente, y, en suma, un inadaptado a la vida social, de trabajo y de convivencia familiar y social. Esos trastornos mentales han hecho necesarias otras medidas terapéuticas y protectoras, como la internación en establecimientos adecuados para alienados y la interdicción desde el punto de vista de nuestra legislación civil.

La influencia de una buena terapéutica, y el juicio que hagamos sobre su eficacia, ha de considerarse, pues, sobre las tres clases de elementos o fenómenos que han sido perturbados o producidos patológicamente. En efecto, la terapéutica eficaz produce los cambios favorables en el síndrome del líquido céfalo-raquídeo, obteniéndose, en ocasiones, que todos los elementos del dicho humor vuelven a la normalidad de sus condiciones. También se logra la modificación de muchos de los elementos neurológicos, principalmente la desaparición de la disartria, la vuelta a lo normal de reflejos tendinosos exaltados antes, etc.; pero otros signos neurológicos persisten, en particular los trastornos pupilares. En cuanto a los trastornos mentales, el criterio de recuperación o curación puede normarse desde dos puntos de vista: desde el punto de vista de las perturbaciones mentales consideradas en sí mismas, se obtiene, desde luego, que desaparezcan las ideas delirantes, generalmente del tipo de grandeza, y se normalizan también los trastornos de la efectividad, desapareciendo por completo los fenómenos depresivos o de exaltación, la euforia, etc. Pero los trastornos de tipo deficitario, o sea la disminución global de las funciones mentales, no son modificables. Y es que, en efecto, el estado demencial progresivo, el déficit de todos los procesos mentales, va siendo el resultado de lesiones, de destrucciones de tejido nervioso, que casi siempre se establecen de manera definitiva, al mismo título o de la misma manera que las secuelas neurológicas. Y mientras más tarde tenga lugar nuestra intervención terapéutica, más pueden estar avanzados dichos trastornos deficitarios, como se comprende, y menos perspectivas habrá de una recuperación mental del sujeto; aunque, desde el punto de vista biológico, lo curamos de su neurólisis, por detener el proceso y hacer que el síndrome del líquido céfalo-raquídeo retroceda hasta las condiciones normales.