

Precocidad y Frecuencia de la Neuro-Sífilis Sus formas clínicas más habituales

Por Mariano Alurralde y Marcelino.(Sepich í de Buenos Aires)

El voto sancionado por el Tercer Congreso Nacional de Medicina, reunido en esta ciudad del 8 al 18 de julio de 1926. en el cual la subsección de Neurología y Psiquiatría recomienda a las autoridades sanitarias lleven datos estadísticos sobre la frecuencia de la neurasífilis y la relación que pueda tener con los métodos de aplicación de los nuevos remedios, nos ha inducido a continuar nuestro estudio en ese sentido, trayendo hoy a esta Conferencia Latinoamericana un voto semejante para todos los países.

En efecto, de todas las formas clínicas de la infección sifilítica, la neurosífilis es quizá la más interesante.

El conocimiento y estudio de los síndromes a que da lugar, de aspecto franco a veces, o a menudo de tipo silencioso o larvado, ofrecen al práctico un interés considerable.

Las complicaciones nerviosas de la sífilis eran consideradas antes como secuelas alejadas de la infección, pero desde hace trece o catorce años más o menos, su frecuencia es mucho mayor, como lo atestiguan con la elocuencia de los números, nuestros documentos estadísticos, así como su precocidad muy grande, coincidiendo todo ello con el empleo de los arsenobenzol es,

El punto de partida de nuestras observaciones fue el siguiente:

Empezamos a ver con sorpresa sujetos que nos relataban haber tenido su lesión inicial con o sin manifestaciones cutáneas y mucosas del período secundario, que fueron tratados muy precozmente con los arsenicales, con resultados al parecer brillantes, y que presentaban luego diversas formas de sífilis nerviosa.

Los accidentes iniciábanse poco tiempo después del uso de la sal de EHRLICH.

Desde ese entonces (1915) señalábamos constantemente a la consideración de nuestros colegas, numerosos y elocuentes casos de sífilis nerviosa precoz a raíz de la salvarsanoterapia.

Ya se presentaban formas psicopáticas, convulsivas o paráliticas de tipo cerebral o parapléjicas y mielomalacias por lesiones infiltrativas o basales.

Puestos así sobre la vía de una observación constante desde tantos años, los casos se han multiplicado, siendo frecuente encontrar la neurosífilis hoy, seis u ocho meses después del chancro, en enfermos que fueron tratados por el salvarsán los unos antes que aparecieran manifestaciones secundarias, los otros mientras las presentaban, o tenían todavía accidentes de sífilis

nerviosa desarrollados en forma casi aguda en pleno tratamiento arsenical, en sujetos con tipos atenuados o fijados clínicamente en apariencia.

Resultarla así que el arsénico, considerado como un remedio específico y esterilizante, limpia admirablemente las mucosas y la piel, cicatriza rápidamente el chancro; la reacción de WASSERMANN, índice seguro de la infección, se vuelve negativa en la sangre, el mal parece haber sido conjurado y el resultado es la aparente curación.

Como la punción lumbar no ha sido practicada a objeto de conocer el índice o la norma del tratamiento a seguir — método que la mayoría de los prácticos no utiliza — el enfermo se abandona o continúa un tratamiento sin dirección mayor.

Los accidentes de neurosífilis no tardan en presentarse.

Las estadísticas sobre punción lumbar, en efecto, demuestran que la infección específica es habitualmente intensa en el sistema nervioso y ella acompaña a las lesiones cutáneas, mucosas o viscerales, casi paralelamente.

Durante las dos primeras semanas que siguen al chancro, se sabe que no existen alteraciones del líquido cefalorraquídeo, apareciendo en cambio, como expresión de reacción meníngea precoz, frecuentemente en el curso de la tercera semana, la hipertensión del líquido medida al manómetro, sin signos clínicos meníngeos.

En el período secundario, cuando los accidentes cutáneos y mucosos han llegado al máximo de desarrollo, la reacción meníngea se acrecienta y se añade a la hipertensión una linfocitosis.

Como las lesiones se inician en un tejido de delicada histarquitectura, resulta la complicación más grave y a menudo rebelde, pues radica en centros de cuya integridad dependen funciones de correlación y de sinergia en la vida psicológica de relación o vegetativa.

Las investigaciones realizadas desde hace 12 años por múltiples observadores en Francia y Alemania, encuentran la espiroqueta en la intimidad de las lesiones nerviosas de la sífilis adquirida o de la heredo-sífilis. Así se no-

ta en efecto la presencia del parásito de SCHAUDIN no sólo en los vasos y las meninges: él se encuentra señalado en el parenquima cerebral por RANCKE, PONSILLE. Otros indican su presencia en las células endodimarias y periependimarias, habiéndose hallado en la sífilis adquirida y en la heredo-sífilis el canal del epéndimo dilatado, sus células más numerosas y aumentadas de volumen, formando montones superpuestos o nodulos llenos de parásitos.

Estos autores deducen un concepto en la nosología general de la sífilis, del que participamos. El epéndimo y la glía ontogénicamente provienen del ectodermo; ello explicaría luego la relación casi constante entre las lesiones nerviosas y las manifestaciones cutáneas y mucosas del período inicial, en concomitancia y paralelismo con las alteraciones del líquido cefalorraquídeo.

Estas lesiones pueden organizarse lenta e insidiosamente, sin que ningún síntoma las denuncie al exterior, constituyendo la "faz preclínica de las determinaciones nerviosas de la sífilis", expuesta magistralmente por RAVAUT, NONNE y otros, y que a punción lumbar puede revelar.

Ahora bien, ¿a qué sería debida la frecuencia actual o terciarismo anticipado?

Nuestra observación personal coincidía en señalar un tratamiento arsenical sistemático a

dosis llamada curativa sin previa mercurialización.

Así, dos o tres gramos de salvarsán después de un chancro seguido raras veces de inyecciones de preparados mercuriales insolubles, constituían el tratamiento con la cura inmediatamente habitual de los accidentes. El enfermo generalmente abandona su terapia por indolencia o falta de una seria insistencia del médico tratante, que no hace ninguna indicación sobre la necesidad de una punción lumbar que fije normas al tratamiento ulterior y al pronóstico; podríamos citar centenas de casos en esta forma.

Si posteriormente el específico presenta cualquier accidente de sífilis nerviosa por erupción, verá al que trató su lesión inicial, práctico o sifilógrafo.

Unos enfermos por ignorancia, los otros, sólo sospechando las relaciones existentes, concurren luego a los servicios de neurología con las más diversas formas de sífilis nerviosa.

SICARD, RAVAUT y otros, en la reunión neurológica de 1920. empiezan recién a señalar las relaciones de la neurosífilis precoz, con la salvarsanoterapia, insuficiente a veces o empleada a dosis llamada curativa en otros casos, como único tratamiento.

Últimamente la Oficina Internacional de Higiene Pública, dirigió una circular haciendo una encuesta sobre la frecuencia de la tabes y la P. G. P. después de los nuevos tratamientos.

ESTUDIO ESTADÍSTICO

Nuestro propósito en esta corta exposición ha sido llamar una vez más la atención sobre la importancia de este problema terapéutico que encierra la salvarsanoterapia a dosis insuficientes, o en muchos casos exclusiva y sistemática, en dosis llamada curativa, hecho que señalamos por vez primera entre nosotros desde varios años y que en el presente podemos concretar en un estudio estadístico que nos revelará su frecuencia y formas clínicas que afecta.

Este estudio estadístico comprende nuestras observaciones desde el año 1914 en el Hospital Rawson hasta la clausura de dicho Hospital en el año 1924, las que fueron continuadas en la cátedra de Neurología del Hospital Ramos Mejía desde el 29 semestre de 1924 hasta el año 1927, en que se clausurara el Hospital Ramos Mejía, siendo continuadas hasta el presente en el Hospital

Rawson. En suma catorce años de observación.

Pasando a comentar el cuadro estadístico general, resultaría que en un total de 11.000 enfermos examinados, encontramos un total de 2.000 enfermos neurosifilíticos. Este número está representado gráficamente por una línea que en insensible ascenso llega a un porcentaje cada vez más elevado, pues del 14.15 % en el año 1915 se eleva al 18% en 1918, en 1922 al 24.20%, en 1925 al 21.67 % y en 1927 al 21 %, observándose en estas tres etapas un aumento progresivo.

Un examen más minucioso de la estadística nos demuestra que algunas formas clínicas permanecen cuantitativamente las mismas, como por ejemplo la correspondiente a la neuritis, radiculitis, etc. y las meningomielitis y mielitis agudas y crónicas sifilíticas.

Otras formas, como el reblandecimiento cerebral, con .síndro-

me de hemiplejía izquierda, de 1.65 se elevan a 3.90. La hemiplejía derecha con afasia por reblandecimiento cerebral y arteritis primitiva, de 1.65 se eleva al 4%.

La tabes y la parálisis general progresiva presentan un aumento más seriamente creciente: así la tabes, de 2.59% en 1915, se eleva en 1918 al 2.60%, en 1922 al 4.23 %, en el año 1925 al 5.10 % y en 1927 a 5 %; es decir un alarmante crecimiento, en esta forma, del 50 %.

Lo mismo podríamos decir de la parálisis general, cuyo crecimiento es sensiblemente casi el doble, pues de 1.55 % en 1916, llega en 1925 a 2.30 % y en 1927 a 2.60 %, debiendo recordar que esta forma clínica que podríamos llamar neurológica no expresa su crecimiento real.

En efecto, las formas que se traducen desde su iniciación por trastornos mentales un poco bulliciosos, no caen bajo nuestra observación desde que son directamente llevados a los asilos o sanatorios de alienados.

Consultando las estadísticas del Hospicio de las Mercedes, puestas gentilmente a nuestra disposición por el profesor BORDA, encontramos que en el año 1915 el número de paralíticos ingresados representa el 13.428%; en el año 1918, el 17.582%; en 1921, el 14.264% y en 1925, el 14.616%.

En el Hospital Nacional de Alienados, el número de paralíticas generales representa los siguientes porcentajes: en 1916,

el 0.930%; en 1918, el 1.443%; en 1921, el 1.824 %; y en 1925, el 1.298 %.

CONCLUSIONES

1°—Las manifestaciones clínicas de la sífilis nerviosa, son hoy más frecuentes y más precoces sobre todo en aquellos enfermos tratados exclusivamente con la sal de EHRLICH o en aquellos otros que habiendo hecho un tratamiento mercurial insuficiente, han continuado después con el arzenobenzol en forma exclusiva y sistemática.

2°—La frecuencia de la neurosífilis se eleva en un período de 14 años, del 14.10 al 21 %.

3°—La forma clínica que acusa el mayor porcentaje corresponde al tabes, que se eleva del 2.64 % en 1915, al 5 % en 1927.

4°Le siguen en frecuencia los síndromes determinados por arteritis regionales: hemiplejía derecha con afasia el 4 %, hemiplejía izquierda el 3.65 %, la parálisis general el 2.60%.

5°—Las otras formas clínicas llamadas neuríticas no acusan sensible elevación.

6°—conviene distinguir, cuando sea posible, en la neurosífilis, aquellas formas que evolucionan hacia la parálisis general o la tabes.

7—Cuando clínicamente no sea posible establecer la diferencia en estos casos, la punción lumbar está prácticamente indicada.