

Notas sobre el tratamiento actual de la Neuro-Lúes *

Por el Dr. ALFONSO MILLAN,
académico de número.

Al someter a la consideración de nuestra Compañía las siguientes reflexiones sobre la terapéutica de la neuro-sífilis, no pretendo ofrecer ninguna tesis o idea original. Las observaciones sobre un tema tan extenso e importante pueden ser muy numerosas y diferentes, según los puntos de vista en que nos coloquemos. De hecho son muchos los volúmenes escritos sobre este tema y sería ingenuo de mi parte pretender resumirlos en unas cuantas líneas.

Me ha guiado sobre todo el interés de hacer reflexionar a los médicos no especializados en la neuro-psiquiatría, es decir, a los ilustres colegas de Academia, sobre tema tan importante, pero principalmente sobre dos aspectos básicos de dicho tema: el criterio que hemos de tener para considerar curados a los enfermos y las líneas generales con que han de aplicarse los recursos terapéuticos, así como la posibilidad de establecer algunas conclusiones concretas y prácticas.

Para obtener lo anterior he de mantenerme en un plan de ideas generales sin entrar en detalles de técnica o de discusión que harían interminable estas líneas.

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

* Trabajo reglamentario de turno leído en la sesión del 6 de febrero de 1946.

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). Aún cuando las propias enfermedades crónicas estén sometidas también a una evolución por etapas, la terminación en 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 neurotropos 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 neurolúético, 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 la 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 los 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 las neuro-lúes con trastornos mentales, aparte de las mejorías obtenidas en el 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-lúe. 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-lúe, 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 totales (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 se sabe, cierto paralelismo o cierta falta de correlación, y así se pueden encontrar por ejemplo resultados de 50 a 60 leucocitos y 40 ó 50 centigramos de albúmina, o bien de 15 ó 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 propia 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 del 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 resultado también 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 centigramos 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 pri-

niera en encontrarse aumentada al producirse la invasión del neuro-eje 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 disminuída en comparación con la cifra anterior a la terapéutica, y la intensidad de la positividad de las reacciones de las globulinas está también muy disminuída.

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 convierta 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 ritmo 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 al 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 del líquido céfalo-raquídeo, ya no vuelven a presentarse trastornos que indi-

quen 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 reactivización que pudiera también ser una reinfección. Por mi parte, sería audaz pretender corroborar o discutir 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 extinción de un proceso activo.

Trastornos neurológicos

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 neurológicos, como la parálisis pupilar a la luz, o la desigualdad de las pupilas o la desaparición de los reflejos rotulianos 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.

Aún 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, que 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 soplos en enfermedades 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 puede servir de criterio para juzgar la curación de la neuro-lues, 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.

Neurolúes 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 sifilítica del cerebro conduce, más o menos pronto y abandonada a sí misma, a los trastornos mentales de tipo demencial, es decir, de déficit global 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 afectividad, de tipo despresivo o de tipo expansivo. Pero, a la larga, la demencia hace su aparición franca, aunque siempre fué posible, para el clínico y para la psicometría, por medio de "tests", 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 hicimos mención; en el terreno neurológico, se presentan las modificaciones de reflejos, pupilares, tendinosos, etc. etc., más la disartria y muchos otros signos más, hasta presentarse la caquexia y el marasmo paralíticos; y en lo mental, poco a poco se presenta la demencia, que hace cada vez más y más pobre la vida intelectual y afectiva 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 inadecuado 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 vuelvan 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 ob-

tiene, desde luego, que desaparezcan las ideas delirantes, generalmente del tipo de grandeza, y se normalizan también los trastornos de la afectividad, 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 curemos de su neurolúes, por detener el proceso y hacer que el síndrome del líquido céfalo-raquídeo retroceda hasta las condiciones normales.

El otro punto de vista para normar el criterio en relación con los trastornos mentales, se refiere a las posibilidades de convivencia social, de retorno a la vida familiar y aún civil, de manejo de sus negocios, del paciente. Cuando las condiciones de terapéutica son óptimas, sobre todo oportunas, es posible obtener remisiones clínicas que son también remisiones sociales. La práctica de "tests" o mediciones de las funciones mentales, posible a pesar de los trastornos afectivos de depresión o exaltación de algunos paralíticos generales, permite, después de la terapéutica, juzgar hasta donde los trastornos deficitarios descubiertos por dichos "tests" antes, fueron modificados; lo cual, agregado a las mejorías obtenidas en los trastornos mentales del tipo delirante o afectivo, así como a las mejoras en lo neurológico y en el síndrome del líquido céfalo-raquídeo, permiten en ocasiones hablar de curación, reintegrar al sujeto a su vida normal familiar y normal o casi normal del trabajo, etc. Y esto, a pesar de que el dicho sujeto presente, para toda su vida, algunos signos neurológicos irreversibles y algunas deficiencias mentales, comparativamente a sus capacidades anteriores.

Es posible, pues, ponerse de acuerdo en términos generales

en lo que hemos de considerar como curación de la neuro-lúes. O sea, que como en todas las enfermedades crónicas y de seguro en muchas de las agudas y sub-agudas, la "restitutio ad integrum" es absolutamente imposible, impracticable, y por ello no puede servir de norma para hablar de curación. En cambio, la detención definitiva, estable, del proceso, de la evolución de la enfermedad, es posible afirmarla y demostrarla, en el caso de la neuro-lúes, con la vuelta a la normalidad de los cuatro elementos constitutivos del síndrome del líquido céfalo-raquídeo, o de tres de esos elementos, aunque persista, aisladamente, alguna de aquellas cuatro alteraciones del líquido, como un aumento aislado de células, o una positividad, sola, de un Wassermann u otra reacción semejante. Esta detención del proceso, que no puede volver a desarrollar actividad alguna, sí es posible llamarla curación, y está siempre acompañada de la desaparición de muchos de los elementos neurológicos y mentales que contribuyeron a formar el cuadro clínico de la neuro-lúes respectiva, aunque persistan también algunos de esos elementos neurológicos y mentales. Por lo demás, este criterio se completa, cuando se trata de formas de neuro-lúes con trastornos mentales, por la posibilidad de la convivencia social del sujeto, que si bien en ocasiones no sólo no podrá reanudar su vida activa, sino hasta necesitará para siempre de la tutela y vigilancia familiar y hasta legal, no por ello estará menos curado de la enfermedad general neuro-lúes, si, como se indicó antes, los elementos del líquido céfalo-raquídeo volvieron a la normalidad, y algunos o muchos neurológicos y mentales desaparecieron. En este último caso, se trata de secuelas que incapacitan al individuo, y que pueden tener el mismo valor que las invalideces de otro origen. ¿Se va a decir al cirujano, por ejemplo, que no curó a aquél a quien tuvo que amputarle un miembro y dejarle una invalidez definitiva, a veces irreparable, a pesar de los grandes progresos de la ortopedia? Seguro que no, pues nos dirá que salvó al sujeto de una muerte segura que le produciría la infección, la gangrena, etc. Y sin embargo, lo ha dejado mutilado e incapaz. De la misma manera, el neuro-terapeuta, al encontrarse con un cerebro deficitario, con lesiones ya establecidas, irreparables, y con una enfermedad, la neuro-lúes, que de no combatirse acabará

con el enfermo, puede afirmar que ha curado a éste cuando ha detenido por completo y definitivamente a la infección. Lo que sucede es que, en tratándose de sistema nervioso y más aún de fenómenos psíquicos, intervienen, para juzgar sobre la curación, otros factores, de índole social, psicológica, y hasta filosófica o moral. Y si ahora son raros aquellos juicios de valor moral exagerado que hacen preferir la muerte a andar con pata de palo, debido a los grandes progresos de la ortopedia y al progreso y desarrollo de la cultura general; todavía, debido a la importancia capital de la personalidad y de la conducta del hombre, las invalideces de naturaleza psíquica son incompatibles con nuestra idea de la curación, explicándose así la mayor exigencia social, psicológica, para el neuro-psiquiatra y al neuro-terapeuta. Y es que, a pesar de que la terapéutica nerviosa ha hecho progresos, creándose diversos sistemas curativos, reeducativos, de ortopedia mental, etc. etc., todavía no puede incluirse en la categoría de los hechos milagrosos, que no otra cosa sería el regenerar el tejido nervioso, hacer desaparecer de él las lesiones producidas por la infección luética, etc., como sería también realizar lo mismo en cualquier otro tejido o sistema del organismo humano. Hemos de conformarnos, pues, con un criterio biológico en primer lugar; clínico en segundo lugar, y social en tercer término, pues el padecimiento que nos ocupa nos plantea precisamente esos tres órdenes de fenómenos y problemas: biológico, clínico y social. Y cuando en el primero obtenemos éxito completo, renormalizando un líquido céfalo-raquídeo en el que tienen asiento los trastornos biológicos más importantes, desde el punto de vista del neuro-eje, también obtenemos muy favorables mejorías en los terrenos clínico y social.

Recursos terapéuticos

¿Qué es lo que la actualidad nos ofrece, como recursos medicamentosos, para obtener aquellas mejorías o curaciones? Desde luego, cabe recordar que, en general, los procedimientos más modernos no han podido desplazar a la clásica paludoterapia de la neuro-lues. Lo que ví en reciente viaje que hice a Estados Unidos y Europa, así como tantos trabajos bien documentados, extran-

jeros y nacionales, y mi escasa experiencia, me permiten fundar la afirmación de que el paludismo sigue siendo la base de una terapéutica real y eficaz de la parálisis general progresiva, en primer termino, y de otras formas de neuro-lúes, secundariamente. Pero los efectos benéficos del paludismo se han de complementar, primeramente con arsenicales y, posteriormente, por la flamante penicilina. No es la ocasión de extenderme ni de ampliar detalles de técnica terapéutica. Por lo que se refiere a los arsenicales la preferencia se la lleva el arsenóxido que, como el clorhidrato de oxofenarsina, se expende bajo determinados nombres comerciales. Se usan cantidades no mayores de 60 centigramos por serie, a razón de 8 a 12 y hasta 18 centigramos semanarios (2 a 3 ampollitas intravenosas de 4 ó 6 centigramos cada una). En cuanto a arsenicales trivalentes, se usa el sulfarsenol y otras sulfarsfenaminas. Pero, en general, se prefiere la oxofenarsina. (De paso diré que, en general también, se ha abandonado el uso de bismúticos y mercuriales, aunque los yoduros siguen siendo de gran utilidad a las formas de predominio vascular). La serie de arsenicales se aplica en cuanto se decide suprimir el paludismo y yo lo acompaño de Vitamina B1, complejo vitamínico B y extracto hepático, para combatir las consecuencias generales de la malaria. En grandes líneas puedo afirmar que la penicilina, por sí sola, no es capaz de vencer, en realidad, una infección neuroluética activa, evolutiva.

En cambio, la técnica general de impaludizar por doce o quince accesos de terciana con temperaturas de 40 o más grados; la administración de sesenta centigramos más o menos de Mafarside o de algún compuesto semejante al terminar el paludismo, acompañado de extracto hepático y vitamina B1 y complejo vitamínico B; y, después de lo anterior la administración de seis a diez millones de unidades de penicilina, por vía intramuscular, sí nos permiten obtener la curación biológica, la desaparición del síndrome del líquido céfalo-raquídeo y obtener las grandes modificaciones de los trastornos neurológicos y mentales a que me referí en la primera parte de este trabajo.

La penicilina, que se ha mostrado tan eficaz en la sífilis sanguínea y sobre todo en el período inicial, de seguro rendirá a la Humanidad, grandes beneficios, al evitar la frecuencia de la

neuro-lúes, curando a la sífilis en sus primeras etapas, y evitando así la frecuencia de las avanzadas, o sea, de la neuro-sífilis. Y este beneficio no es pequeño, si recordamos la importancia tan grande que tiene el prevenir sobre el curar, importancia que es capital cuando se trata del tejido nervioso.

Cuando el paludismo no es factible, se puede usar la fiebre artificial, pero entonces puede asociarse al arsénico y aún a la penicilina misma; no siendo raros los casos, sobre todo en tabéticos, en los cuales la asociación fiebre artificial arsenicales y después penicilina, siempre intramuscular y en cantidades no inferiores a 6 u 8 millones de unidades, da resultados satisfactorios.

El tratamiento actual de la neuro-sífilis es, pues, eficiente. Permite obtener las mejorías a que hice alusión, siempre que, aparte de las directivas generales de paludismo o fiebre, arsénico, penicilina en suficiente cantidad, sea, como cualesquiera otros tratamientos en medicina, oportuno, tan precoz como sea posible y se adapte a las condiciones reales del enfermo, aunque se modifique algo de sus grandes líneas según las formas clínicas (fiebre artificial en general más eficaz en tabes que el paludismo; ióduros todavía necesarios en las formas vasculares, etc.). Recapitulando, quisiera anunciar así algunas conclusiones:

1a.—El criterio para juzgar la curación en las diversas formas de la neuro-lúes, ha de basarse en la influencia que el tratamiento tenga sobre el síndrome del líquido céfalo-raquídeo, reintegrándole, dicha terapéutica, a sus condiciones biológicas normales, en su totalidad o casi en su totalidad. Cuando el tratamiento logra lo anterior, logra también grandes mejorías de los cuadros clínicos neurológico y mental.

2a.—El criterio anterior hace indispensable el control de la influencia del tratamiento antineuro-luético, por medio del examen del líquido céfalo-raquídeo, fundamentalmente. La necesidad de este estudio sugiere las siguientes recomendaciones: a) Es necesario que la punción raquídea sea verdaderamente inocua. Para ello, hay que abandonar las punciones en el enfermo ambulante. Estas deben hacerse en ayunas, en la cama del enfermo, dejándole acostado con cabeza baja 24 horas, etc. Un enfermo que tiene molestias por la punción, no se presta con facilidad a pun-

ciones repetidas. Se ha recomendado la inyección sub-cutánea de 1 c.c. del mismo líquido céfalo-raquídeo extraído, como preventiva de las molestias post-punción. Yo lo vengo haciendo juntamente con las demás precauciones y he logrado suprimir las cefalalgias, los vómitos, etc. b) El examen del líquido céfalo-raquídeo debe ser completo, o abarcar al menos lo siguiente: cuenta e identificación de albúminas totales y reacciones de las globulinas, de desviación del complemento o hemolisis, y coloidales. Un examen incompleto del líquido céfalo-raquídeo es poco útil y no permite el control real del tratamiento. c) Es de desearse que se intente hacer el diagnóstico temprano de la neuro-lúes por el examen completo del líquido céfalo-raquídeo, en todos aquellos casos de luéticos antiguos, cualquiera que sea su serología sanguínea. d) En este sentido se adelantaría bastante si los cirujanos que operan con raquia, se deciden a obtener, al mismo tiempo, la cantidad de líquido céfalo-raquídeo necesario para el estudio completo a que aludí antes. Algunos cirujanos lo hacen ya en sus respectivos hospitales; pero es de recomendarse que todos los hagan, particularmente en los casos de mujeres, cuya primo-infección, como se sabe, pasa frecuentemente inadvertida.

3a. La presencia de alguno de los elementos del síndrome del líquido céfalo-raquídeo, aisladamente, no autoriza a un tratamiento de fondo de la neuro-lúes, como el que actualmente se usa y aquí se recomienda en sus grandes líneas. Un tratamiento intensivo de la infección sólo es recomendable y necesario, lo mismo que útil, cuando se encuentra el síndrome del líquido céfalo-raquídeo completo o en la mayoría de sus elementos.

4a.—Las grandes líneas del tratamiento actual de la neuro-lúes son: paludismo (o fiebre artificial), arsenicales (arsenóxicos de preferencia), con exclusión de bismúticos y mercuriales, en general, por su ineficacia o lentitud de acción; y penicilina en dosis no menores de seis a diez millones de unidades, hasta doce millones, por vía subcutánea o intramuscular. Excepcionalmente, la penicilina puede emplearse por vía endovenosa, simultáneamente o casi simultáneamente a la fiebre artificial y al arsénico. La penicilina, por sí sola y según lo que hasta ahora ha podido expe-

rimentarse, no cura la neuro-lúes. Como parte final del tratamiento paludismo-arsenóxido-penicilina, esta maravillosa droga es de gran valor a las dosis indicadas antes; pero su verdadera eficacia consiste en su acción sobre las sífilis primarias, que contribuye grandemente a dominar, realizando así una verdadera profilaxia de la neuro-lúes, que es de desear como el mejor recurso contra la infección sifilítica del neuro-eje.