

seronegativos primarios y 17.3 de los seropositivos, pero para otros autores hay hasta 47.8 y 57.9 por ciento en el primer año. Los resultados terapéuticos demuestran que, mientras más tratamiento se administra, menos marcada es la patología cefalorraquídea.

## PRUEBAS NEUROSIFILÍTICAS

Preparado por el Servicio de Psiquiatría del Consejo de Control del Estado de Wisconsin

### LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO NORMAL

*Aspecto:* claro, límpido, incoloro. *Reacción:* ligeramente alcalina. *Globulina:* falta, o débiles indicios. *Glucosa:* presente. *Presión:* ligera. *Numeración:* 0 a 5 por centímetro cúbico. *Albumina:* presente, indicios. *Urea:* presente. *Cloruro de sodio:* presente (salino normal).<sup>1</sup>

### LAS CUATRO PRUEBAS CEFALORRAQUÍDEAS ABSOLUTAMENTE ESENCIALES (EN EL ORDEN DE SU IMPORTANCIA GENERAL)<sup>2</sup>

1. Wassermann; 2. Numeración celular; 3. Prueba coloidal; 4. Prueba de las globulinas.<sup>3</sup>

### EL EXAMEN DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA SÍFILIS

Las anomalías cefalorraquídeas, a menudo pronunciadísimas, se adelantan meses y hasta años a los primeros signos que puede revelar el examen neurológico y a la aparición de los síntomas subjetivos. No hay una correlación forzosa entre la semiología y las alteraciones cefalorraquídeas, de modo que una persona que acuse todos los signos serológicos de la neurosífilis grave tal vez no acuse síntomas ni hallazgos neurológicos, y viceversa. El líquido cefalorraquídeo en sí mismo puede ser el único guía que denote una invasión sintomática y oscura del sistema nervioso central. Su examen es, pues, absolutamente de rigor en todos los enfermos con Wassermann sanguínea positiva o con antecedentes de sífilis y Wassermann sanguínea negativa.

Los hallazgos en el líquido lumbar no deben ser considerados como invariablemente negativos para todas las partes del sistema nervioso, pero constituyen en general el más fidedigno indicio de patología sífilítica en el eje cerebrospinal que ofrezca el laboratorio. El coadyuvante más importante del examen serológico (sangre y líquido cefalorraquídeo) es el examen neurológico completo, incluso el reconocimiento del ojo.

En los enfermos que revelan anomalías cefalorraquídeas está indicado un examen psiquiátrico (incluso psicométrico) técnico. Deben tenerse presentes los siguientes principios: 1. Mientras más negativa la Wassermann cefalorraquídea, más posibilidades hay de neurosífilis vascular. 2. La numeración globular constituye un índice de la meningitis. 3. En conjunto, la intensidad de la Wassermann cefalorraquídea ofrece algún índice de la invasión parenquimatosa.

<sup>1</sup> En los niños esas pautas tal vez varíen algo, pues la resistencia puede aumentar la presión y la numeración globular elevarse hasta 20, etc.

<sup>2</sup> El conjunto de las 4 pruebas, y no los elementos individuales, es lo que ayuda a formar el cuadro diagnóstico y a decidir el problema.

<sup>3</sup> Un líquido anormal según cualquiera de las cuatro pruebas es positivo, pero el único líquido específicamente sífilítico sin referencia a los hallazgos clínicos es el que acusa una verdadera Wassermann positiva.

4. La prueba del oro coloidal ayuda a diferenciar la parálisis general, de otras neurosífilis tardías.

### REACCIÓN DE WASSERMANN

La reacción de Wassermann es la única prueba específica para sífilis de las 4, aunque jamás puede aceptarse sin reservas una Wassermann cefalorraquídea positiva como superior a los datos generales del caso. Puede haber positivas aspecíficas, por lo común parciales, en la encefalitis (gripal), y quizás en las meningitis infecciosas y los encefalomas no específicos, pero son raras.

La prueba debe ser practicada por lo menos con dos diversas cantidades de líquido. Una positiva con una pequeña cantidad de líquido (0.2 cc.) es de algún valor para apreciar la intensidad de la reacción, y de ahí el pronóstico. Una negativa con una pequeña cantidad tal vez resulte positiva con una cantidad grande (1 cc.). Una muestra de 0.5 cc. resulta útil para seguir los resultados del tratamiento.

En la neurosífilis predominante y puramente vascular, el líquido cefalorraquídeo es frecuentemente negativo a todas concentraciones y persistentemente. En la neurosífilis incipiente asociada con lesiones orgánicas primarias y secundarias, en la cual la patología es casi exclusivamente meníngea y vascular, la Wassermann cefalorraquídea puede ser negativa constantemente o en una pequeña cantidad de líquido, y sólo volverse positiva en cantidades mayores, aunque pueden a veces obtenerse positivas poderosas a todas concentraciones.

En la neurosífilis tabética tardía, aunque la prueba puede resultar negativa en cantidades pequeñas, rara vez deja de mostrarse parcialmente positiva en cantidades mayores, y fuertemente positiva en las grandes.

En la neurosífilis difusa ("cerebroespinal") la proporción de positivas poderosas es elevada en las concentraciones pequeñas.

En la típica neurosífilis paralítica el líquido resulta positivo casi constantemente a todas concentraciones.

### NUMERACIÓN CELULAR

*(Debe hacerse en líquidos recientes después de agitar)*

1 a 5, normal; 6 a 10, línea límite; más de 10, anormal; 30 a 70, moderadamente elevada; 200 a 1,000, muy alta.

Puede haber ocasionalmente hasta 20 por ciento de linfocitos grandes sin mayor significación.

En ocasiones se encuentran hasta 50 por ciento de leucocitos polimorfonucleares en los casos sífilíticos.

En la parálisis general se encuentran plasmocitos.

Ninguna numeración ni predominio de células denota específicamente sífilis nerviosa, y ninguna numeración es absolutamente característica de ninguna de las clasificaciones clínicas de la neurosífilis, aunque constituye un auxiliar valioso de la clasificación anatómica de las lesiones neurosífilíticas.

En la meningitis basilar secundaria y en las recurrencias meníngeas durante la latencia o tras el tratamiento insuficiente, obsérvanse fórmulas celulares altísimas.

En los cuadros meníngeoparenquimatosos combinados, tales como los de la tabes incipiente y la parálisis general, se observan basante a menudo fórmulas moderadamente altas.

Las fórmulas muy bajas (2 a 7), son frecuentes en combinación con una persistente Wassermann cefalorraquídea fuertemente positiva, en casos parenquimatosos muy resistentes al tratamiento en lo tocante a serología.

## CURVA DEL ORO COLOIDAL

La prueba de Lange indica la reacción de la albúmina, de la cual sólo habrá un exceso en la parálisis general y la tabes, sobre la solución del oro coloidal.

Elevada a la izquierda.....	{ 5555542100 5554432100 5543321000 }	Primera zona o curva paralítica.
Tipo intermedio.....	{ 5521110000 3443210000 3333110000 }	Curva de la primera zona atípica.
Elevada en el medio.....	{ 1234321000 0123442100 0001332100 }	Curva de la segunda zona o lúética.
Elevada a la derecha.....	{ 0012345555 0002234433 0000023431 }	Curva de la tercera zona o meningí-tica.
Ningún cambio superior a 2.....	0011221000	Curva indeterminada.
Tipos negativos.....	{ 1110000000 a	Normal.
	{ 0000000000	
Tipos varios.....	{ 1233210000	Encefalitis epidémica.
	{ 0012210000 0001232100	Meningitis tuberculosa. Poliomielitis.

Las curvas, tales como 0513001121, no son susceptibles de interpretación, y representan a menudo reactivos poco satisfactorios, cristalería sucia, etc.

La curva del oro coloidal sólo puede ser interpretada acertadamente en relación con la Wassermann sanguínea y cefalorraquídea.

Ninguna curva aislada es definitiva y terminantemente diagnóstica de nada salvo en lo que indica anomalía de las proteínas del líquido.

## CASOS NO SIFILÍTICOS

*(Wassermann cefalorraquídea negativa a todas concentraciones)*

La curva de la primera zona preséntase a menudo en la esclerosis en placas, y a veces en la encefalitis epidémica.

La de la tercera zona suele presentarse en la meningitis infecciosa. La "indeterminada" puede presentarse en los tumores cerebrales (no específicos). Las formas varias pueden ser interpretadas según se indica más arriba.

## CASOS LÚETICOS

La curva de la primera zona vinculada con una Wassermann cefalorraquídea fuertemente positiva a todas las concentraciones, indica neurosífilis parenquimatosa evolutiva.

La curva de la segunda zona con Wassermann cefalorraquídea positiva o negativa, indica sífilis meningovascular.

Las formas intermedias pueden corresponder a una u otra, y son susceptibles de interpretación tomando en cuenta todas las circunstancias.

La curva indeterminada es de valor en el tratamiento más bien que en el diagnóstico.

Pruebas aisladas no pueden ser aceptadas para el diagnóstico absoluto de nada.

Una curva intensa de la segunda zona no excluye la parálisis general ni tampoco una sola curva de la misma zona es patognomónica de la misma, pues viran bastantes veces a la segunda zona tras un pequeño tratamiento sistemático, demostrando así que la primitiva "curva paralítica" carecía de importancia.

Una "curva luética" primitiva puede transformarse en "paralítica" tras el tratamiento intravenoso sistemático, y seguir el caso últimamente una evolución paralítica.

El principal valor de la prueba de Lange consiste en que indica la evolución del tratamiento.

Una curva de 5555555540, en la primera zona es más intensamente "paralítica" que una de 5543321000, y una de 0135554210 de la segunda zona mas intensa que una de 0001332100.

#### PRUEBAS DE LA GLOBULINA

La prueba de Ross-Jones relativa al exceso y la de Noguchi relativa a la existencia de globulina son complementarias o suplementarias. Se suelen usar ambas en los exámenes sistemáticos del líquido cefalorraquídeo.

Por regla general, suele haber hiperglobulia siempre que existe un aumento concomitante de proteína (albúmina, globulina, etc.), lo cual reza con todas las formas de la meningitis aguda o subaguda. Un exceso de globulina sin células en un líquido amarillo (xantocrómico) límpido, puede ser encontrado en el bloque subaracnoideo, más abajo del nivel de compresión, sobre todo en los tumores de la cola de caballo.

---

*Médicos de los Estados Unidos.*—En un comunicado preparado por el Dr. N. P. Colwell, Secretario del Consejo de Enseñanza Médica y Hospitales de la Asociación Médica Americana, se hace notar que en los Estados Unidos hay 149,521 médicos para 118,127,654 habitantes, o sea una proporción de 126.59 médicos por cada 100,000 habitantes, más que en ningún otro país del mundo. La proporción varía de 34.22 médicos por cada 10,000 habitantes en el Distrito de Columbia, a 7.09 en la Carolina del Sur. Los diplomados aumentaron en el bienio 1926-1928 de 3,962 a 4,262. En los últimos 16 años se han matriculado 67,198 estudiantes en las facultades de medicina y graduado un 82.6 por ciento de ellos. En el año 1928 había 20,545 estudiantes matriculados en los colegios reconocidos por la Asociación Médica Americana.

---

*Disminución de las parteras en Nueva York.*—Hace 20 años, 40 por ciento de los nacimientos, o sea 49,616, eran asistidos por comadronas en la Ciudad de Nueva York. Para 1928, la proporción había bajado a 12 por ciento, o sea 15,728 nacimientos. En primer lugar, la disminución se debe a los rígidos reglamentos del Departamento de Sanidad, y también en parte a la disminución de la inmigración. En Nueva York, si una partera emplea forceps, sondas o jeringas uterinas, espéculos o jeringas hipodérmicas, le revocan su licencia.

---

*La medicina del futuro.*—Creemos que si la medicina de los siglos venideros será preventiva, el hombre consultará a su médico para que éste haciéndole cuidadoso le prevea de tal o cual afección que pueda padecer, se consultará al médico no por estar enfermo sino por no estar enfermo, y en esa medicina preventiva que ya en nuestros días comienza a nacer, la dietiva que ya en nuestros días comienza a nacer, la dietética, los alimentos jugarán el papel principal, serán ellos sin duda alguna los que ocuparán el puesto de honor en el Manual Terapéutico del médico del futuro.—FERNÁNDEZ MUÑOZ, *Revista de Medicina y Cirugía*, agosto 31 de 1929.