

LO MUTUAL DE LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS PAROXISTICAS (*)

B. RODRIGUEZ ARIAS

(Director Emérito del Instituto Neurológico Municipal de Barcelona)

Siempre he tenido presente lo fundamental de las clasificaciones de las dolencias nerviosas en los libros y en la enseñanza. Aunque una ordenación que satisfaga totalmente —a efectos clínicos, de etiología y patológicos— representa una verdadera utopía en los tiempos que discurren.

Pero amalgamar síndromes, entidades nosológicas y lesiones anatómicas o trastornos de índole bioquímica, desconcierta a muchos facultativos y apenas tranquiliza a los restantes. Y es que la frecuencia de complejos clínicos o de situaciones neurológicas difiere, por lo que sea, acá y acullá, mezclándose entonces bastante los capítulos y los apartados usuales.

Ocurre, así, que autores ingleses o germanos, franceses e italianos o españoles, pongamos por caso, justifican sumarios distintos en las obras de texto y en las lecciones o programas de cátedra.

De llegar a sojuzgarnos la praxis todo queda bien, mas de ningún modo

en otros aspectos de la interrogación teórica.

La etiopatogenia de numerosos disturbios o alteraciones del sistema nervioso es, todavía, oscura. El que no se dé con una perturbación celular o un sustrato bioquímico, v. gr., en algunos síndromes complica la exposición de materias. La gran versatilidad o inconstancia, repetidamente, de pródromos y de manifestaciones clínicas agobia y fastidia en líneas generales. Y las más corrientes dudas pronósticas también.

¿Cómo establecer, pues, un diagnóstico multidimensional, no somero, que justifique una terapéutica lógica o razonada y óptima, que nos lleve a intuir un curso evolutivo benigno o maligno y que temple de veras nuestras ansias de superación genuina?

El neurólogo suficientemente "formado", con larguísima experiencia de años, no se obliga a clasificaciones en el ejercicio solidario de la profesión. Igualmente, quizá, el buen internista

(*) Comunicación presentada en la Sesión anual de la «Sociedad española de Neurología». Barcelona, 13/14-XII-68.

y el lejano neuropsiquiatra. A pesar de que los demás especialistas médicos y quirúrgicos y, singularmente, los alumnos y los post-graduados reparen en la falta táctica de una normativa, de unas pautas, por "arbitrarias" que se consideren en hipótesis.

Hace varios lustros ideamos y propusimos en lo restricto un nuevo tipo de clasificación de enfermedades neurológicas. No pedimos, sin embargo, que fuera aceptada, ni tampoco objetada. Nos contentó, en lo más íntimo, discurrirla y notificarla como una ventaja académica.

En la mencionada clasificación figura un capítulo dedicado a los paroxismos nerviosos, a las afecciones de naturaleza paroxística, separadas así de las otras formas clínicas llamadas tradicional o comúnmente sintomáticas.

Un cuarto de siglo después habríamos de ratificar imparcialmente nuestro epítome, ya que el origen y la patogenia de los síndromes paroxísticos queda aún sin resolver en la mayoría de veces.

Ni la neurohistopatología, ni la neurocitología, ni la neurobioquímica, ni la neurogenética, por ejemplo, dilucidan todos los problemas en juego.

Algo, no obstante, suele ligar o yuxtaponer formas, circunstancias o procesos clínicos. De esto quisiera tratar hoy, para conducir diagnósticos y medicaciones, siquiera interinamente, a la espera de que se haga más luz en torno de las cuestiones objetables.

Los clásicos paroxismos epilépticos o comiciales, migrañosos o de jaqueca, vertiginosos, álgicos faciales, de nar-

colepsia, de cataplexia, asmáticos, neurovegetativos, etc., merecen —harto justificadamente— una más natural reciprocidad de exposición.

Descarto, como es ortodoxo, los paroxismos sintomáticos de una lesión estructural (traumática, inflamatoria, neoformativa, degenerativa, etc.) o de una alteración metabólica (diabetes), de un fenómeno bioquímico congénito, yatrógeno, etc., y de una inestabilidad vegetativa por neuroendocrinopatía en curso, quizá también por foco visceral ostensible.

Pero ya eliminado lo sintomático, que acrece en frecuencia e importancia, tropezamos a diario con un sinfín de otros paroxismos, llamémosles idiópáticos, esenciales, genuinos, criptogénéticos, disposicionales, incluso congénitos, etc., según cual sea la terminología empleada.

La gran y abigarrada masa de paroxismos nerviosos que nos sorprende tan a menudo, por varias causas de tipo facultativo, demanda un enfoque más igual de la gestión clínica ordinaria.

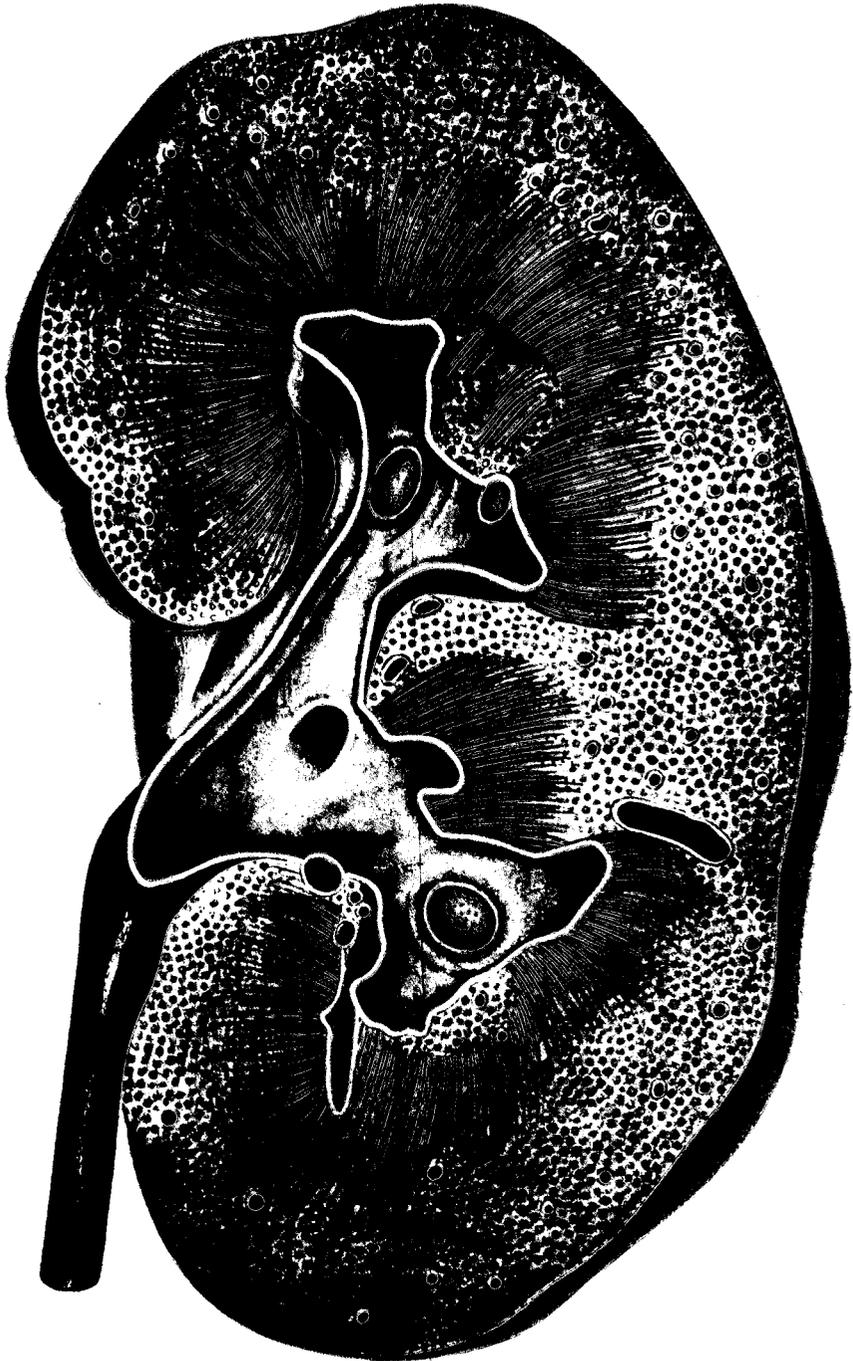
Una experiencia de más de 52 años de neuropsiquiatra "vera efigies" primero y de neurólogo clínico luego, me consiente hablar de este modo, a reserva —por supuesto— de que se brinden mejores denominaciones o epígrafes.

* * *

Me he inclinado a ver en las enfermedades paroxísticas un fácil nexo de 12 argumentos.

URO-HUBBER

grageas



TERAPEUTICA ESPECIFICA DE LAS INFECCIONES UROLOGICAS

URO-HUBBER

Terapéutica específica de las infecciones urológicas

URO-HUBBER está concebido específicamente para la moderna terapéutica de los procesos infecciosos urológicos.

Indicaciones

Pielitis. Pielonefritis. Cistitis. Nefritis intersticiales. Nefritis agudas exudativas. Nefritis supuradas. Antrax renal. Nefritis intersticial crónica y esclerosis intersticial. Pielitis gravídica. Pionefrosis. Perinefritis. Uretritis y Uretrotrigonitis. Epididimitis. Enfermedades infecciosas del aparato uro-genital de cualquier etiología.

Presentación y fórmula

Frasco con 36 grageas, conteniendo cada una:
Eritromicina base (en forma de Lauril Sulfato del éster propiónico) 75 mg; Clorhidrato de Tetraciclina 125 mg; Nitrofurantoína 25 mg; Metil Bromuro de Escopolamina 0,5 mg; Tripsina (2.500 u. N. F./mg) 5 mg; Alfaquimotripsina (1.000 u. N. F./mg) 3 mg; Excipientes c. s.

Administración y dosis

Siempre, según criterio facultativo. Por vía oral, como dosis media, 2 grageas en los adultos, cada 6 horas. En los niños, una gragea cada 6 a 8 horas.



LABORATORIOS HUBBER, S. A.

Berlín, 38 - 42 Tel. * 230 72 00 BARCELONA - 15 (España)

1) El *concepto general* del morbo, o sea la *definición* del mal, la fidedigna *terminología* de la perturbación.

Si no muy unánimemente, bastantes de dichas enfermedades, las más notorias o las más regulares, permanecen agrupadas en las clasificaciones. Y la praxis individual suele autorizar con largueza, dado lo genérico, el vínculo.

La epilepsia y la jaqueca —por lo menos— se llegan a describir aislada o solitariamente, figurando entonces como guión supremo el insoslayable trastorno paroxístico. Los restantes paroxismos que hemos citado, se muestran englobados —opuestamente— en heterogéneos capítulos de los libros.

Aunque el paroxismo constituya siempre el denominador común, el básico, del juicio nosológico que se sostenga.

El paroxismo incide, así, en el concepto general que se especifique, que se defina en el aspecto de simple ilustración o método didáctico.

Adoptemos, pues, la terminología o calificativo paroxístico en tanto no reputemos óptimos diferentes vocablos, palabras o adjetivos nosográficos.

2) Lo *etiológico*. Cabe aludir, todavía, a la naturaleza constitucional o de predisposición temperamental del "morbus sacer" y sus derivados, equivalentes homólogos o solamente congéneres.

Sin el fundamento orgánico de la sintomatología paroxística, tendríamos que hablar de una génesis ignota de las dolencias, unida tal vez a la suce-

sión hereditaria o familiar de un terreno patológico o de una afección.

De finalizar la lista de causas materiales, probadas, mediante exploraciones de rutina o complementarias y especiales, surge muy oportunamente la noción de idiosincrasia, de carácter anómalo y de propensión o tendencia, gemela o semejante en todos los paroxismos.

El origen desconocido de las crisis o accesos nerviosos que relacionamos, permite agruparlos sin mayores observaciones en liza.

Es más, la alternancia y la duplicidad o bien multiplicidad de los fenómenos paroxísticos se registra en numerosas ocasiones o individuos y ascendientes o colaterales del que sufre y atendemos.

El factor causal ignoto de los padecimientos similares ya mencionados junta o trava, pues, una etiología.

La antigua imagen psicológica o psicopática de la constelación familiar, de la caracteriología, no debería movernos a un rechazo puro. Unos rasgos temperamentales parejos se suelen advertir —larga o concluyentemente interpretados— en la anamnesis minuciosa de buen porcentaje de comiciales, jaquecosos, asmáticos, etc.

No abjuremos —tempranamente o a deshora— de unos datos que los interrogatorios a la antigua usanza nos suministraban convenientemente.

3) La *exploración clínica*. Verifiquemos tajante y perpetuamente en los exámenes neurológicos ordinarios la

ausencia de signos, lesionales, de déficit, de estimulación no emotiva o de provocación de disturbios auténticos, verdaderos y palpables.

Cuando nos enfrentamos, positivamente, con lo funcional en los intervalos de movimientos anormales o de pérdida de conciencia, álgicos, de vértigos o de lipotimias, de sueño, de disnea, o ahogo, etc., no se dan jamás síntomas y signos clínicos valorables.

El daño objetivo no cuenta a través de los diversos exámenes que se practiquen. La recurrencia de los accidentes sí. Más que nada por lo iterativo de los mismos, la brusquedad del comienzo, una angustia durable y el fin subitáneo, próximo o no tanto, de los disturbios. La convulsión, si se vigila y se investiga, rubrica la especie del paroxismo. Y también la hemicránea, el tic doloroso de la cara, dormirse o desplomarse, etc.

El EEG goza de evidente significado en todas las crisis neurológicas. Importa recomendarlo, así, como elemento diagnóstico, pronóstico y de buen guía terapéutico. No nos agrada prescindir de su utilización redoblada en forma de curva gráfica evolutiva.

Los análisis de condición bioquímica y más al alcance de unos y otros deparan casi siempre una negatividad integral en cuanto al origen metabólico de los trastornos paroxísticos que nos ocupan.

Por último, en la esfera afectiva de los pacientes se logra mostrar un distintivo epiléptico, epileptoide o parecido y homologable al tiempo de las reacciones normales de los estímulos o

de las circunstancias anómalas y más inopinadas.

El "test" de Rorschach podría sernos fructífero globalmente aplicado.

4) *La sintomatología estricta.* Se reduce de verdad al fenómeno más cardinal, al episodio paroxístico. De suprimir lo que configura, plasma o moldea el incidente motor, sensorial o parejo, v. gr., apenas queda nada, ni transitorio, ni repentino, ni penoso, de orden cerebroespinal, neurovegetativo o psíquico en variados semblantes.

Los paroxismos, empero, desarrollan algunos cuadros clínicos, invariablemente equiparables en su raíz y en sus líneas generales. Variarán el colorido, la malignidad o la fuerza y el tiempo del suceso, pero no la estampa honda, la representación o el brío y la medida de unos trastornos, en apariencia graves, que no ocasionan huellas de derecho.

En seguida todo acaba y la normalidad renace, sin más, de descartar las brevísimas molestias post-paroxísticas.

Esos cuadros clínicos a que nos venimos refiriendo acostumbran a impresionar, muy a nuestro pesar, por su dramatismo de efigie, de turbación, de suplicio o de calvario.

No se señalan nunca, sin embargo, vestigios o marcas estables, auténticos indicios neurológicos. El desarreglo de la función —mecánico, biofísico o afectivo— tiene siempre un aspecto de evasiva, de panorámica y sin rastro en el ocaso de lo que se ve y palpa.

Demostración paroxística "sensu strictiore" —aunque versátil, protei-

forme y mudable— en la totalidad de cuadros clínicos y nada más.

Recurrencia de los paroxismos, ulteriores, mas bordearíamos ya el tan primordial “decursus morbi”.

5) El importante *curso evolutivo*. Hay que limitarlo, privativamente, a la recurrencia. Un factible deterioro terminal —en el orden somático o quizá en el psíquico— sería a nuestro juicio aleatorio y minoritario. Y los fenómenos patológicos yuxtapuestos, nunca duraderos, de escasa monta.

La gran periodicidad de las crisis (de minutos, de días, de meses o de años) y su inestabilidad sindrómica a todos los efectos, constituye el visado oficial de las llamadas enfermedades paroxísticas.

Solemos advertir, fortuitamente, una progresión numérica y de empeoramiento. Y es posible que se dé por azar un “status”. Los “status epilepticus” hacen más grave, momentáneamente a veces, la situación, pero los demás “status” nublan el discurrir— quizá no fastidioso de arriba abajo— de unos y otros, tenues o severos.

Un “status” espanta, con o sin alteraciones metabólicas fuertes, con o sin instantes trágicos u odiosos de sufrimiento (coma, dolor, vértigo, etc.).

Una demencia pura y legítima, de carácter orgánico entonces, es algo latente. La psicosis de índole epiléptica también. Unico trance que queda consreñido al “morbus sacer”.

Ya que los comiciales, en medio de los que son víctimas de paroxismos y uniformemente en bastantes, acusan

rasgos psicopáticos de excitabilidad, de impulsividad, de distimia, etc.

Al principio o más tarde, en forma sutil o ruda, la distimia es un hecho común, mutual. Distimia que pasa inadvertida, a menudo, o que no se valora.

El estado general decae menos contingentemente en epilépticos o no epilépticos. Un aspecto de caducidad podría subrayar, en fin, lo ingrato de ciertos paroxismos antiguos.

6) *Diagnóstico*. Todos los paroxismos —de manifestarse sin ningún aditamento orgánico o funcional— garantizan “ab initio” el diagnóstico, común o mutual, de “enfermedad paroxística”. Pero en un segundo término habríamos de justificar, ya, la otra característica del diagnóstico —específica más bien que genérica— o sea, de paroxismo comicial, migrañoso, vertiginoso, etc.

La diferenciación entre sí de los síndromes idiopáticos y exógenos parece menos fácil de lo que quepa apetecer. En bastantes coyunturas surgen dudas y la etiología de dichos síndromes resulta oscura. Más de una lesión causal de índole anatómica evoluciona solapadamente y se puede estimar poco clara. Y los desarreglos metabólicos y algunos momentos tóxicos accidentales no llegan a revelarse o indicarse siempre, para la más necesaria orientación del diagnóstico genérico y específico.

De vez en cuando —si bien no demasiado raramente— tenemos que fijar con cautela lo adjetivo: epiléptico

o migrañoso, por ejemplo. Y es que una jaqueca quizá corresponda a una epilepsia auténtica o ambas se inter-polen en el mismo paciente.

La alternancia de dos o más enfermedades paroxísticas, concebible y firme en el individuo, se da mucho más a menudo a través de los familiares directos o colaterales. No es raro, pues, que un mismo sujeto llegue a ofrecer —acumuladas— epilepsia, jaqueca y neuralgia de trigémino, v. gr.

La gran mezcla —entre deudos y pacientes— de varios paroxismos no iguales confirma así la tesis de un factor mutuaL

Una depurada constelación de fidedignas enfermedades paroxísticas o de antecedentes temperamentales afines, en los que sufren trastornos y en su parentela, goza asimismo de honda importancia a efectos mutuales.

La alternancia personal de dolencias es significativa, pero mucho más acaso la extensa constelación de rasgos temperamentales o psicopáticos, dado que representa el nexo, lo mutuaL, lo común, de esos trastornos fugaces con etiología desconocida o imprecisa.

Todo lo cual nos encamina a buscar, después de formulada la orientación primera (la genérica) y el diagnóstico diferencial de unas y otras enfermedades paroxísticas (lo específico), el origen mutuaL del amplio grupo de situaciones morbosas con profundas incógnitas de rúbrica etiopatogénica.

7) *Pronóstico.* — Un magnífico denominador común engloba a los pa-

roxismos genuinos: la remisión sencilla y usual de los disturbios. Tanto más cuanto mejor se establezca la medicación que se juzgue óptima.

Si el género de vida, si la dietética, si las prohibiciones, si los fármacos, etc., se expresan y se observan razonadamente, durante largo tiempo, con la máxima precisión, la remisión simple no acostumbra a fallar. Ya que los fracasos suelen derivar de la observancia indebida de lo que se prescribe, medicamentoso, dietético, etc.

La remisión, por su calidad de elemento mutuaL, es armónicamente rigurosa en unos paroxismos y en otros.

La tría de los productos farmacológicos, que deben emplearse “ad líbitum”, sin netas variaciones, monótonamente, es importantísima en los paroxismos. También la dosificación más justa. Y, por descontado, la insistencia suma a lo largo de meses y años, con relación a la fuerza no exacta en todos los paroxismos motores, sensoriales, etc.

El celo en la administración de fármacos —lo que hoy se llama “control” de las medicaciones instituidas— tendríamos que establecerlo al detalle en cualquiera de los paroxismos y sobreponerlo a una victoria cardinal. No habrían de tolerarse objeciones al respecto.

Un fehaciente estado de latencia, subclínico, parece admisible invariablemente, lo que nos obligaría a no suspender en absoluto las medicaciones.

Una curación total es siempre posible. Y mucho más aún la curación

práctica, remisión "sine die". A pesar de que la gente —y más de un colega— crean en ineficacia básica de los tratamientos al uso.

La vigencia de una curación se halla ligada, quizá, a la observancia muy engorrosa de las reglas dictadas y no a un principio teórico. No se extinguen, así, ciertos paroxismos por movimientos de indisciplina, propios de los temperamentos en acción y de una vida nueva demasiado "regalada" o compleja. Porque es factible, desde todos los límites biofísicos o bioquímicos, un "restitutio ad integrum" de los síndromes.

Una vuelta a la normalidad —espontánea acaso— se conceptúa segura hoy y el mañana próximo o lejano.

La demencia simboliza eternamente un riesgo del "morbus sacer". Otras complicaciones —fortuitas y relativas en cualquiera de los paroxismos— son el apogeo mayúsculo —en lo personal, en lo familiar, en la vida de sociedad y las actividades— de las dificultades inherentes a los temperamentos epileptoides, anfibólicamente útiles y fastidiosos.

8) *Higio-profilaxis*. — En sus aspectos más lógicos los consejos higio-profilácticos "ad hoc" deberían quererse como medidas forzosas y heroicas.

Si no alcanzaren a evitar de raíz los paroxismos, cuadraría esperar —por lo menos— se hicieren dispersos o infrecuentes, tenues o flojos y pequeños o mínimos. Y con el tiempo se les llevaría a una supresión visible.

Tendríamos que homologar en unos y otros de los paroxismos aludidos la conducta higio-profiláctica decretada. Si imprescindible aparece en la epilepsia y en la jaqueca de lo más legendaria, de la misma manera lo es en el vértigo de Ménière y en el asma puro.

Nos atañe exhortar, pues, al cumplimiento de una vida sobria, a la prohibición de toda suerte de alimentos o drogas nocivos y a la limitación de los juegos y deportes de azar.

9) *Terapéutica*. — Hay que constreñirla a lo farmacológico. Excepcionalmente podría ser quirúrgica, todavía bastante objetable en sus indicaciones y efectos o secuelas registrados.

Las neuro-psico-drogas más utilizadas, apellidadas antiepilépticas o anti-alérgicas en términos generales, derivan de pautas de síntesis equivalentes o harto limítrofes.

Desde los antiguos barbitúricos al más moderno de los productos que suprimen las convulsiones o fenómenos parecidos (léase también antiepilépticos), necesitamos idénticos resultados antiparoxísticos.

Lo que se busca —naturalmente— es evitar el paroxismo de cualquier valor o muestra, es decir, una rotunda y última acción antiparoxística. Y los paroxismos, todos, suelen cambiar, atenuarse o desaparecer de emplear el más viejo o el más novel de los medicamentos eficaces. Tanto da prescribir luminal, entre otros fármacos, a un epiléptico, como a un jaquecoso o a un vertiginoso paroxístico. Tanto da,

igualmente, prescribir carbamacepina a los que sufren de neuralgia de trigémino, como a muchos epilépticos o jaquecosos.

La administración de drogas antiparoxísticas tendría que obedecer a una regla incuestionable de un modo básico o axiomático. Sea cual sea el medicamento, anticonvulsivo o no, que ordenemos, beneficioso más que nada en los epilépticos, en una disfunción laberíntica o en el asma, las dosis han de emplazarnos a un grado óptimo y a su perenne continuidad.

Vale, así, sobremanera la elección del producto (oportuna y legítima), aunque más la dosificación necesaria (jamás exigua) y el que se facilite "larga manu".

Todos los accesos llegan a curarse bien —real o aparentemente— en el perfil mutual, de establecer una terapéutica procedente o justa, de no huir de las tomas obligadas (dosis grandes o pequeñas) y de mantener o persistir incansablemente en su aplicación diaria.

La veleidad, la ligereza y la discontinuidad terapéuticas representan los mayores enemigos de la curación de los paroxismos. Un factor mutual harlo humano sería, tal vez, escoger algo mal el producto y ocuparnos bien de su empleo cotidiano y nunca pasajero.

Los recursos quirúrgicos en la epilepsia, en la neuralgia de trigémino y en el vértigo laberíntico no deben considerarse de tipo absoluto. Solucionan cuestiones de función, bien que a precio de riesgos que meritan una estimación atinada.

Aparte de que el índice operatorio va disminuyendo con los períodos de tiempo y el gran auge fisiológico de las drogas.

10) *La vida social.*—Todos los paroxismos, sin exclusión, acostumbran a perturbar la vida de forma eventual.

Para algunos enfermos supone merma de jornadas de trabajo, a deshora e inoportunamente. Para los más, obstáculos en el ejercicio de una carrera (médicos, juristas, etc.) o de numerosas actividades.

Los viajes y las distracciones programadas constituyen siempre un albur. No cabe asegurar en firme nada.

Y, además, la exteriorización fortuita —aguda o violenta— de los rasgos temperamentales de irritabilidad o de impulsividad y de malhumor cíclico, encarnan una menor sociabilidad periódica y no sabida antes.

Trance poco intenso y durable en unos y más acusado y permanente en otros, esto es lo común en todos.

Insociabilidad relativa y episódica que les une de veras.

11) *Aspecto médico-legal.* — No carece realmente de interés. Los epilépticos son peligrosos, potencialmente, en sus frecuentes distimias. Mas la irritabilidad y la impulsividad del conjunto señala una cierta peligrosidad en los que muestran paroxismos.

No abundan, por fortuna, los delitos embarazosos y son un tanto reiterados los pequeños delitos, las faltas.

Habríamos de meditar a diario sobre la responsabilidad de lo hecho en

su vida por todos los que sufren de paroxismos.

12) La *historia*. — No se trata de la crónica o glosa de unos morbos habituales. El cariz histórico de la enfermedad se refiere solamente a los personajes famosos en la historia vulgar de las eras y de las naciones.

Porque fueron y son muchos aún los grandes hombres políticos o de las ciencias y de las artes que padecieron de epilepsia, de jaqueca o de los demás trastornos que estudiamos en sus relaciones mutuales.

Lo cual significa que gente inteligente y de actividades colectivas preeminentes parecen candidatos fáciles a ese vasto grupo de paroxismos ner-

viosos y más destacadamente la epilepsia y la jaqueca.

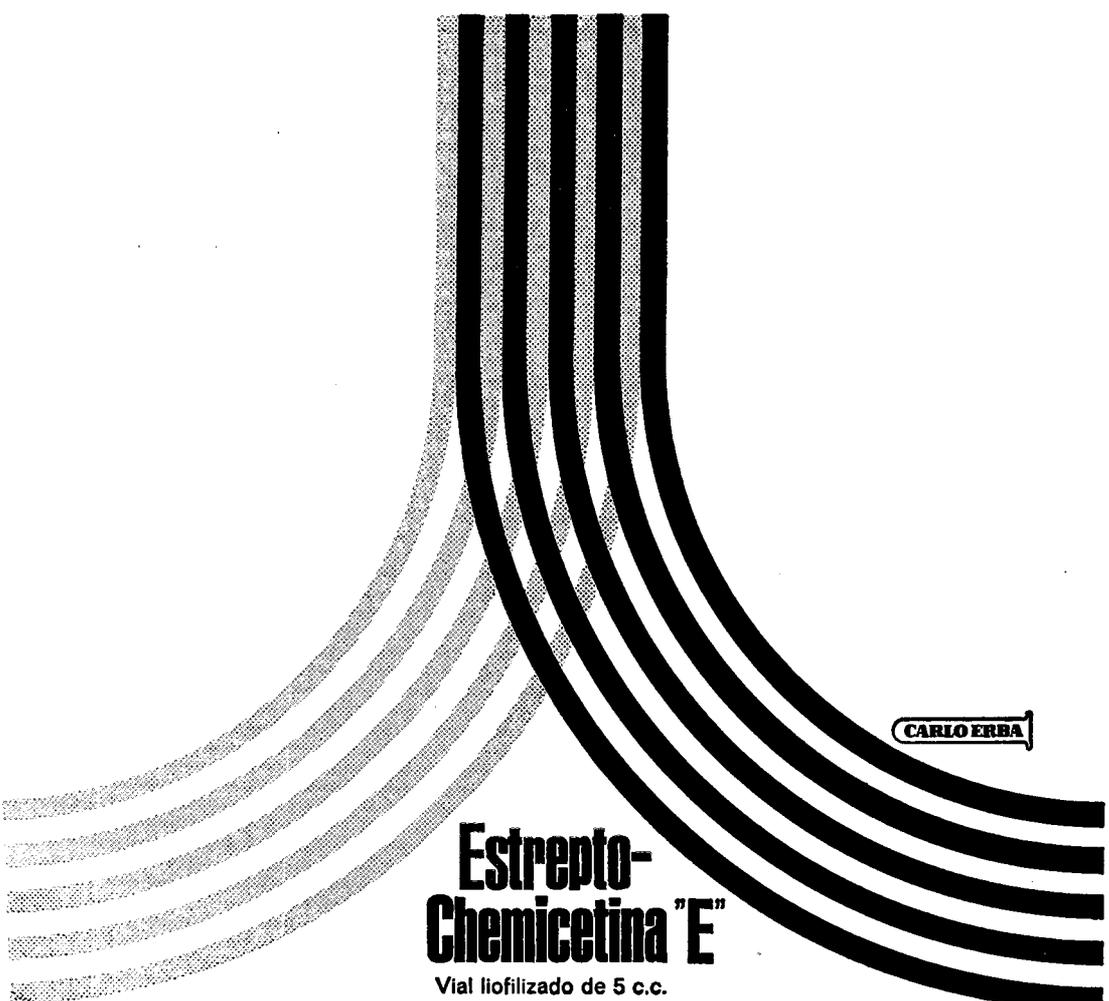
* * *

RESUMEN

Este grupo de enfermedades fundamentalmente neurológicas, de etiología todavía oscura, habrían de constituir un capítulo. Los paroxismos idiopáticos representan, mutuamente, un sentido básico del trastorno, un mecanismo causal, una exploratoria, una sintomatología, un curso evolutivo, un diagnóstico, un pronóstico, unas medidas higioprofilácticas y terapéuticas, una derivación social y forense y una anécdota histórica.

Estrepto- Chemicetina

Vial liofilizado de 10 c.c.

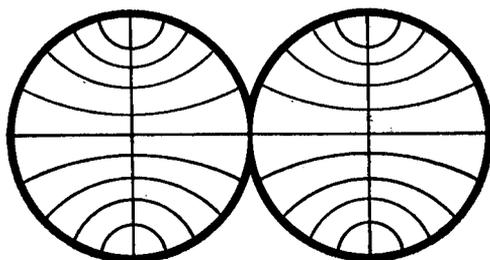


CARLO ERBA

Estrepto- Chemicetina "E"

Vial liofilizado de 5 c.c.

Acción rápida, efecto simultáneo de dos potentes antibióticos.



**antibióticos
para
todo
el
mundo**

tetrafenicol triple

24 grageas

triple acción:

antibiótica

P.V.P. 217— Ptas.

enzimática

antiinflamatoria

Laboratorios Hermes, S. A.