

*Síndrome de mal epiléptico a forma Jacksoniana, en un paralítico (1)
general, curado por la craneotomía decompresiva temporaria*

Por los doctores A. COSTA y R. MELGAR

Los ictus epileptiformes que prolongan o intercurrentes la evolución de la parálisis general progresiva, se observan con tan reiterada frecuencia en la práctica psiquiátrica, que el consenso general de los autores les acuerda actualmente jerarquía de síntoma. Sin embargo, revistiendo contornos singulares de inaudita frecuencia, y obligando por el cariz rebelde a la terapéutica en uso, la adopción de severas medidas quirúrgicas, la observación siguiente se presta al comentario del que surgen interesantes sugerencias.

Historia clínica. — E. D. S., argentino, 30 años, soltero, empleado de comercio. Observación mayo 20 de 1933. Antecedentes hereditarios: padre muerto a los 33 años de edad a raíz de una intervención quirúrgica cuya finalidad desconoce; madre viva, sufre ataques asmáticos; dos hermanos sanos; no ha habido embarazos gemelares ni abortos.

Antecedentes personales: parto normal, lactancia materna, ambulación normal; no recuerda enfermedades de la infancia. Inicia sus relaciones sexuales a los 15 años. A los 23 contrae una lesión lútica que trata irregularmente. Aficionado al football, a los 18 años se fractura una costilla en el lado derecho, por la cual es operado. Fumador de 2 atados de cigarrillos por día; discreto bebedor de vino y esporádicamente bebidas destiladas sin aflorar la ebriedad. No es estreñido, orina bien.

Enfermedad actual: hace 2 años a raíz de un fracaso sentimental curso un episodio depresivo, con frecuentes accesos de llanto; un médico que le observa le trata como hepático, y obtiene una aparente mejoría que perdura 9 meses. En el albor del décimo, notan los familiares ciertas anomalías en su carácter y conducta, así también como en sus hábitos de trabajo: se torna expansivo, presuntuoso, en cierto modo soez; expresa conceptos pueriles de índole megalomaniaca; está satisfecho de sus fuerzas físicas, complacido del número de trajes y zapatos que dice poseer y de

(1) Nota de la Redacción: la limitación del número de páginas destinado a cada comunicación ha obligado a suprimir (con autorización de los autores) los capítulos de: Fundamentos, Consideraciones generales y Bibliografía, publicándose "in extenso" la Historia clínica, protocolo operatorio y consideraciones particulares. La comunicación completa se conserva en la Biblioteca de la Sociedad.

Las sumas crecidas de dinero que presume ganar. Acusa dificultad en la pronunciación de las palabras y se irrita por motivos fútiles.

Estado actual: hombre de mediana estatura, discreto estado de nutrición, débito activo e indiferente. Piel blanca, con numerosas cicatrices de origen traumático en las rodillas, piernas y muslos. Sergent débilmente positiva. Panículo adiposo escaso. Sistema piloso de desarrollo precario en barba, tórax y miembros, normal en el pubis. Microparadenopatía en las regiones carotídea y supraclaviculares; ganglios palpables en axilas e ingles, hasta del tamaño de una arveja, libres, indoloros. Sistema óseo bien conformado, armónico. Columna vertebral: flexibilidad normal, articulaciones libres, no hay crujidos. Sistema muscular: masas musculares bien desarrolladas, indoloras, lo mismo que el trayecto de los troncos nerviosos: fuerza, tono y trofismo conservados.

Sistema nervioso: sensibilidad superficial y profunda conservadas; reflectividad cutánea normal, salvo vivacidad en los abdominales; reflectividad tendinosa: aquilanos normales, rotulianos vivos, el resto nada de particular. Temblores vértigo-transversales de los dedos. Taxia, praxia, bipedestación y marcha sin trastornos.

Cráneo: ligeramente asimétrico a predominio derecho. Cara: asimétrica a predominio izquierdo, párpados y conjuntivas normales. Reflejos conjuntival y córneos conservados, así como la motilidad ocular extrínseca. Se observan movimientos nistagmiformes horizontales esporádicos. Pupilas regulares, desiguales; izquierda mayor que derecha, algo excéntricas, reaccionan lentamente a la luz. Lengua saburral, con intensos temblores fibrilares. Paladar ojival, fauces libres, reflejo palato-faríngeo conservado. acuidad auditiva conservada, cuello mediano, cilíndrico, latidos supra-esternales, no se palpa tiroides, pero ingurgita con la maniobra de Kraus-Marañón. Tórax: ligera asimetría a predominio izquierdo. En la base derecha del tórax cicatriz de 16 centímetros, adherente a los planos profundos.

Aparato respiratorio nada de particular.

Aparato circulatorio: percusión normal, foco mitral: primer tono con un leve soplo meso-sistólico, segundo tono timbrado; aórtico: primer tono soplante, el segundo reforzado; tricuspídeo y pulmonar: normales.

Pulso: regular, igual, rítmico. Arterias ligeramente induradas. Tensión: Mx. 12 $\frac{1}{2}$; Mn. 7 $\frac{1}{2}$.

Abdomen: globuloso, indoloro a la palpación, timpanismo difuso a la percusión. El hígado sobrepasa el reborde costal en las inspiraciones profundas. Diámetro vertical 13 centímetros. Bazo y riñones: no se palpan. Genitales sin particularidad.

Examen psíquico: aspecto y actitud tranquila, acuidad senso-perceptiva normal. Atención espontánea y voluntaria conservadas. Asociaciones coherentes; lenguaje articulado disártrico, ostensible a las palabras de prueba; buena orientación témporo-espacial. No se comprueban trastornos amnésicos ni psico-sensoriales. Ideas delirante megalomaniacas pueriles: su fuerza física es inusitada para su contextura; sus trajes numerosos así como sus pares de zapatos; piensa ganar sumas cuantiosas, etc. Juicio, raciocinio, crítica y autocrítica en déficit. Afectividad y actividad conservadas.

Exámenes de laboratorio: análisis de orina normal. Reacción de Wassermann en sangre, positiva.

Líquido céfalo-raquídeo límpido, cristal de roca, reacción alcalina, débil. Contiene: Células, 42 por mm.³; Linfocitos, 92 %; Polinucleares, 8 %; Albúmina, 0.72 por mil.

Cloruros, 7.60 por mil.

Glucosa, 0.48 por mil.

Reacciones de globulinas:

Nonne Appelt, positiva + +

Pandy, positiva + +

Weichbrodt, positiva + +

Reacción de Wassermann:

Con 1 cm.3 positiva + + +

Con 0.5 cm.3, positiva + + +

con 0.2 cm.3. positiva + + +

Reacción de Guillain (benjuí coloidal): positiva.

Reacción de Lange (oro coloidal): curva de tipo P. G. P.

Así certificado el diagnóstico de P. G. P., se le malariza el 25 de junio. Presentase el primer acceso febril a los 22 días y cursa 15 eficaces, algo irregulares en su ritmo, como es de observación común en la práctica. El 7 de agosto se le administra sulfato de quinina y empieza a efectuársele el tratamiento antilúético, a base de neosalvarsán y de iodo bismutato de quinina.

El día 18 de agosto tras una comida copiosa a mediodía, aqueja en la tarde un ictus epileptiforme de índole Jacksoniana, con convulsiones tónicas y clónicas en la mitad izquierda del cuerpo, al que subsiguen otros numerosos instaurándose un síndrome de mal epiléptico. Los ictus se sucedían con intervalo mínimo de 1 minuto y a máximo de 5; movimientos nistagmiformes y desviación conjugada de cabeza y ojos a la derecha, anticipaban el acceso tónico convulsivo. Practicósele entonces un enema drástico y a continuación enemas de cloral; punción lumbar que dió líquido céfalo-raquídeo en chorro, luego en gotas frecuentes; administrósele igualmente polibromuros y luego Somnifene Roche por vía endovenosa.

En horas de la noche, se comprueba una hemiplejía flácida izquierda. El ritmo de los ictus persistía, apenas atenuados en su intensidad. En los breves intervalos su obnubilación se develaba; profería algunas palabras y era posible alimentarse con líquidos. La flacidez izquierda se acompaña de esbozo de reflejo de Babinsky.

Destacamos este hecho porque se sabe que Dupré subrayaba su descuidada observación en el síndrome paralítico. Por regla general acusan Babinsky positivo los casos combinados. Claudel lo comprueba en una observación de enfermedad de Bayle con esclerosis lateral. Ardin, Delthel y Rouviere han señalado en casos semejantes una positividad de 1 a 5. Robert y Fournial (1) que le han estudiado especialmente en 66 observaciones, encuentran normalidad en 59, arreflexia plantar en 4; dos casos de reflejo indistinto en flexión y extensión y sólo 1 caso positivo, pero en el que existía agregada una mielitis transversa con amiotrofia bilateral a predominio escapulo-humeral.

En cambio al albur de los ictus epileptiformes o apoplectiformes intercurrentes, los autores lo verifican constantemente en 7 observaciones y por plazos que oscilaban de 2 a 10 días, retornando la normalidad desvanecido el episodio. Por ello la positividad temporaria del Babinsky durante los mismos es indudable, máxime cuando no es imprescindible la degeneración del haz piramidal para su aparición, como Babinsky (2) lo ha especificado.

Mientras tanto el estado del mal perseveraba. Una verdadera polifarmacia: punción lumbar diaria, somnifene y luminal inyectables; morfina, Borolumyl y Palatro en comprimidos, drásticos e higiene gastro intestinal; sólo lograba transitoria y esporádicamente atenuar la intensidad de los accesos y prolongar sus intervalos hasta 15 minutos en una oportunidad. Clínicamente ningún indicio sugería la posibilidad de una lesión circunscripta, por lo que se emitió el diagnóstico de proceso

leptomeningítico predominante en la zona motora. Este estado perduró durante 7 días. Al cabo de ellos, calculándose el número de ictus en una suma mayor a 2000, considerando la ineficacia terapéutica, la denutrición evidente y el colapso presumible por ciudicación del miocardio, el Dr. Melgar nos llama en consulta. Corroboramos en un todo la historia que antecede y después del cambio de opiniones respectivo, resolvimos como última conducta a seguir, la de proponer a la familia una intervención quirúrgica con el objeto de proceder a efectuar una exploración en la zona motora correspondiente. Aceptada esta conducta por la familia y sabiendo de antemano los riesgos, incluso el de vida, a que se sometía al enfermo, lo trasladamos a una clínica particular, donde convenientemente preparado y bien dopado con morfina, es intervenido.

Durante el curso de toda la intervención, un ayudante no hizo más que vigilar la marcha del pulso y el estado de la tensión sanguínea, comprobado con el aparato de presión arterial de Pachon.

Operación (10/8/33).—Operador: Dr. Costa; Ayudantes Drs. Ronchetti y Sanmartino. Anestesia local infiltrativa, gran incisión en herradura, que circunscribe toda la zona motora correspondiente. La sección de las partes blandas acusa una hemorragia muy abundante, que se intensifica por momentos, coincidiendo con las crisis que sigue acusando el enfermo. Hemostasia con pinzas en T. Perforación con el trépano de Doyen. La calota sangra extraordinariamente, a tal punto que es menester acelerar la perforación para obtener una discreta sedación en la corriente sanguínea. Rebatido el colgajo se comprueba que a nivel de la parte ósea no existe ninguna lesión digna de mención. La dura madre se presenta de una coloración rojiza y hace hernia de inmediato a través de la brecha, indicando aumento de presión en la profundidad. Latidos perceptibles. No se observa a su nivel nada anormal. Se resuelve incidir la dura madre en forma análoga a la que aconseja Cushing para la decompresiva subtemporal, reclinada la dura madre se comprueba de inmediato que estamos en presencia de un proceso de leptomenigitis que se caracteriza por el aspecto opaco y lactescente de la meninge a su nivel, simulando una falsa membrana que sigue los vasos, sin signos de hemorragia intersticial. La meninge, espesada, pudo ser desprendida fácilmente del cerebro, con el cual solo contraía relaciones de vecindad. Durante estos momentos los ictus perseveraban en su ritmo y pudimos observar con toda nitidez que la sustancia cerebral se proyectaba entre los bordes incididos, esponjada y turgente, dilatados sus vasos. En este instante un alerta nos obliga a tomar medidas debido a una brusca caída de la tensión sanguínea y una modificación del pulso, que por momentos hizo temer un desenlace fatal. Felizmente en forma muy lenta, pulso y presión se normalizaron, pudiendo permitírnos terminar la intervención con toda felicidad. La cantidad de líquido céfelo-raquídeo perdida fué muy discreta.

Lesiones encefálicas pudimos solamente comprobar una discreta infiltración edematosa al nivel de toda la zona rolándica. Comprobado esto y considerado suficiente con lo practicado, resolvimos hacer una sutura de la dura madre con catgut muy fino, aproximando solamente un tanto los bordes de la misma; reapiación del colgajo, sutura de la piel con seda; vendaje, triple algodonado.

Después de la intervención los ataques siguieron presentándose con la misma frecuencia, pero, paulatinamente, como si la capacidad epileptógena se hubiera ido extinguiendo por influjo de la decompresión, fueron aumentando los intervalos de 3 a 5 y 10 minutos, intercalándose tras cada reposo como si se incubaran nuevas descargas. Así prolongando su ritmo y atenuando su intensidad progresivamente, se desvanecieron y extinguieron lentamente en horas de la noche. Transcurridas 6

horas de la operación, el enfermo se sentó en la cama espontáneamente, expresándose por instantes con discreta lucidez. El número preciso de ictus en esta oportunidad fué de 137.

En una observación posterior (Setiembre 18 de 1933), se comprueba sensibilidad superficial y profunda conservada; reflectividad cutánea: abdominales vivos, cremasterianos y plantares conservados. Reflectividad tendinosa: aquilianos disminuidos, particularmente el izquierdo. Rotulianos disminuidos, Tricipital, bicipital, etc., izquierdos, vivos, en el miembro derecho conservados.

Intelectualmente: Aspecto y actitud tranquila. Senso-percepciones y atención conservadas. Lenguaje y asociaciones coherentes, palabra articulada disártrica, buena orientación témporo-espacial.

Déficit amnésico que abarca el episodio descripto, del que tiene una muy vaga noción. No exterioriza ideas delirantes, apenas un cariz presuntuoso, cuando habla de las cosas que le atañen; reconoce encontrarse enfermo de los nervios, aunque no puede precisar el origen de su afección y sabe que en este momento está en tratamiento. Síntesis crítica algo pueril, afectividad y actividad conservadas. Se alimenta y duerme bien. En el momento de presentarlo, ustedes podrán "de visu" observar el estado del enfermo. Sañó del sanatorio pesando 49 kgrs., hoy pesa 73 kgrs.

Consideraciones particulares. —

1.º — En el examen objetivo del cerebro de nuestro enfermo y en ausencia de toda lesión circunscripta, hemos comprobado sólo un proceso leptomeningítico corriente, asentando en la zona motora.

2.º — Observamos durante la intervención, en cuyo transcurso los ictus epileptiformes perseveraban en su ritmo, que la sustancia cerebral se proyectaba entre los bordes incindidos, esponjada y turgente, dilatados sus vasos.

Recordamos que Vulpian demostró que la obliteración de los capilares corticales con ayuda de finas embolias, no determina cambio alguno en las reacciones motrices encefálicas y que Magnan juzgaba que, al comienzo de los ataques, había dilatación súbita de los capilares de fondo de ojo. Marbour y Renzi han observado ingurgitamiento del cerebro en el momento de las crisis. Pagniez interpreta esto como una excepción, aun cuando sugiere que quizá el espasmo inicial se trueque en vasodilatación y que, tal vez, esa alternancia fuera la epileptógena, como lo irsinián los estudios de Elsberg y Strokey, que han fraguado convulsiones tónicas y clónicas en el gato, pinzando los vasos carotídeos y restableciendo bruscamente la circulación tras breve lapso de tiempo.

3.º — No dilucidamos como factor desencadenante, sino el proceso gastro-intestinal que prologara la irrupción de los accesos.

4.º — Entendemos luego de la compulsión bibliográfica que hemos llevado a cabo, como de la estéril búsqueda de casos similares en el Hospicio de las Mercedes, que nuestra observación es destacable y

única, desde que ostenta sobre su número excepcional de ictus convulsivos, la evidencia de un beneficio terapéutico logrado con una medida quirúrgica realizada por primera vez en esta afección.

5.º — Insistimos en este último detalle. No puede equipararse desde el punto de vista quirúrgico un síndrome de mal epiléptico condicionado por una clara etiología: exóstosis, proceso tumoral, etc., al síndrome similar que afecta a los enfermos de P. G. P. En éstos la infiltración difusa de las leptomeninges, inextirpable en la mayoría de los casos, obra como causa preparatoria o condicionante, sobre la que el factor tóxico incide desencadenando el estado de mal. El resultado halagüeño de nuestro ensayo abre una posibilidad terapéutica, cuyo albur deberá ser afrontado siempre, ya que la experiencia de los psiquiatras corrobora, como los paralíticos que caen en estado de mal, rebelde a la medicación en uso, están por lo general ineludiblemente condenados al deceso, que se aguarda en estos casos con la impotencia de quien cree haber agotado todos los recursos de las disciplinas médicas.

Consideraciones sobre el drenaje de la articulación de la rodilla (1)

Por el doctor R. PEREYRA y Br. E. PALMA

Las condiciones anatómicas de la articulación de la rodilla, con sus enormes superficies articulares y sus recesos sinoriales, hacen que sea difícil la obtención de un buen drenaje.

La técnica que proponemos es la siguiente:

Incisión interna. 1er. tiempo. — Incisión vertical que comienza a 1 cm. por debajo de la interlínea fémoro-tibial y se extiende longitudinalmente hacia arriba, a 4 cm. del borde lateral de la rótula (en sujetos muy musculosos a 4 y $\frac{1}{2}$ cm.). en una extensión de 12 cm., aproximadamente. Sección de piel y tejido celular subcutáneo. Se clava luego una sonda acanalada en la parte media de la aponeurosis y deslizándola hacia arriba y hacia abajo, se corta sucesivamente sobre ella, la aponeurosis superficial en toda la extensión de la incisión cutánea.

Nota de la Redacción: La comunicación de los Drs. R. Pereyra y E. Palma, que comprende: consideraciones sobre anatomía de la rodilla, fundamentos anatómicos de las incisiones de drenaje, técnica personal de artrotomía y bibliografía, será publicada "in extenso" en otro lugar. De conformidad con los autores, sólo aparece en este Boletín, la técnica de artrotomía aconsejada por ellos y las láminas que ilustran los tiempos de dicha técnica.