

ESCRITO 16. EL TRATAMIENTO EXITOSO DE UN ATAQUE DE APOPLEJÍA^{1*}.



Sandor Ferenczi (1901c). (Traducción: Equipo Indepsi - Biopsique).

Los médicos, y más aun los neurólogos, tienen raramente ocasión de afirmar con certeza que han *salvado un enfermo*. Al cirujano le toca el privilegio de haber *activamente* y eficazmente salvado a un enfermo. Sin embargo a veces nos toca escuchar, de alguna boca profana: el doctor X *ha salvado a mi hijo de tifus, de escarlatina o de una neumonía*. El médico tiene sin embargo, igual chance de haber sido responsable del término trágico de una enfermedad. Yo pienso, no obstante, que es posible exponer un método aparentemente simple que haga fracasar los peligros mortales de las enfermedades a las que la vida humana está expuesta, por ejemplo, un ataque de apoplejía.

Todo médico se ha confrontado, un día u otro, a la imagen lastimosa del deprimido, preso de un ataque de apoplejía: el enfermo, rostro violáceo, pupilas inmóviles, se queda extendido, en un estado de inconsciencia. Sus reflejos se suspenden, su respiración es estertorea²; los latidos cardíacos son rápidos, débiles, irregulares. En la mayor parte de los casos, el enfermo muere ante nuestros ojos a pesar de la traqueotomía efectuada de urgencia o la inyección de un producto supuestamente eficaz.

La crisis de apoplejía altera el centro nervioso más importante: el cerebro. Frente a tal tragedia, enfermos y médicos suelen resignarse. La creencia en lo incurable de esta afección es generalizada en el público a pesar de haber logrado sanar ciertas crisis. Esto es tan cierto que es raro que una familia dirija reproches al médico aun cuando el enfermo sucumba. La apoplejía, contrariamente a lo que algunos afirman, no destruye irremediamente el centro biológico más importante. A menudo, la hemorragia se produce, de acuerdo con lo que sabemos actualmente, en la sustancia cervical en donde se ramifican las terminaciones nerviosas de las fibras sensorio-motrices consideradas como el substrato material de la actividad cervical.

Ciertamente existen alteraciones más graves, como aquella del bulbo raquídeo, centro de coordinación de las funciones respiratorias y circulatorias. Estas funciones son esenciales para la vida y las hemorragias son raras en esta parte del cerebro. Cuando estas se producen, evolucionan en forma diferente a una congestión cerebral clásica.

Conviene, en consecuencia, explicar los trastornos surgidos en el curso de una congestión por la *acción indirecta de la hemorragia misma*. En el curso de un ataque, el volumen de la masa sanguínea se acrecienta y hace presión sobre el líquido cerebro espinal situado en la parte anterior del cerebro.

La presión se transmite hasta la Cisura de Sylvius (cuarto lóbulo del cerebro) para alcanzar el extremo de los nervios que controlan la respiración y la circulación, así como las ramificaciones nerviosas originadas de la sustancia gris.

El trauma a veces es el origen de una evolución fulminante y la apoplejía puede conducir a la detención súbita del corazón y de la respiración.

Pero se observa también lo contrario, a saber que una excitación intensa provoca una respiración agitada y exagerada.

Aparecen entonces inspiraciones anormalmente profundas, pulsaciones cuyos pic de ondas son muy

1*.- “Apoplexiás roham sikeres gyógykezelése”, en *Gyógyászat*, 1901, N° 40.

2.- Estertorea: Ronquido de la respiración ligado a la obstrucción de las vías respiratorias. NDT.

elevados en las inmediaciones de la arteria radial. A veces no podemos hablar de trauma sino mas bien de una suerte de parálisis, aunque la respiración, débil y forzada, y la circulación sanguínea subsisten.

En realidad, ya nadie explica estos casos en nuestros días invocando solamente el estado de paralización de los centros circulatorios y respiratorios del mielencéfalo. Más bien se evoca el aumento de la excitación del sistema nervioso. Esta explicación, satisfactoria en ciertos casos, en otros casos no lo es, ya que no da cuenta del fenómeno de cianosis apoplética. La respiración y los latidos cardíacos tienen una intensidad igual y ya no se ve tampoco la causa de este hipernerviosismo³.

En la mayor parte de los casos parecidos, creo haber descubierto que el eslabón faltante de la explicación de esta parálisis son elementos motores mielencéfalicos de la lengua, del paladar y de las cuerdas vocales, elementos a los que no prestamos, me parece, sino muy poca importancia.

En las descripciones de ataques de apoplejía, se observa generalmente las manifestaciones de una respiración estertórea que se produce de esta forma: “la presión del aire inspirado remueve el velo del paladar y las cuerdas vocales se tornan flácidas”.^{4,5}

La expresión húngara más adecuada es “estertórea” término que evoca un “ronquido” opuesto al fenómeno acústico de la carraspera que se produce cuando el aire atraviesa el líquido que corre por la traquea. Este “ronquido” al que no se presta habitualmente ningún interés provoca un brutal agravamiento del estado de las vías respiratorias.

Este “ronquido”, tal como tuve la ocasión de persuadirme, es un síntoma bastante sorprendente. En el apoplético, puede ser causado por una parálisis:

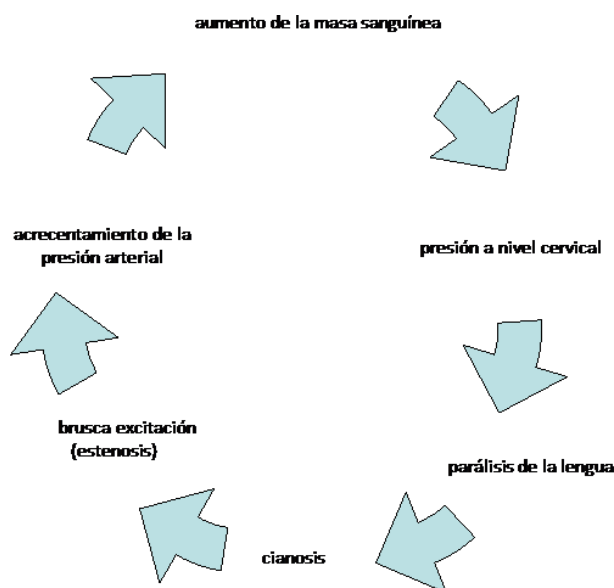
- 1.- del velo del paladar, 2.- de la lengua, 3.- de las cuerdas vocales.

La lengua se inmoviliza, se retrae por detrás y retrae el hueso faríngeo. El enfermo se ahoga. Las estenosis se agrava en caso de parálisis simultánea del velo y de las cuerdas vocales.

Esta estenosis es parecida a la que se observa bajo narcosis, en el curso de una parálisis de la lengua.

Seguido a una intoxicación con CO₂ causada por la disnea que provoca una violenta cianosis: un aumento de la excitación surge brutalmente y de esta, un acrecentamiento de la presión arterial provocando una subida de la masa sanguínea que interrumpe el equilibrio del sistema endocrino.

Este ciclo puede ser representado en la manera siguiente:



3.- Hypernervóztás. NDT.

4.- Flácidas: Las afecciones de los centros neurovegetativos del comando cerebral (directamente o indirectamente por compresión) provocan problemas respiratorios y cardíacos. NDT.

5.- Oppenheim: Lehrbuch d. Nerven Krankheiten II Edición, pp. 566. NDT.

La presión sanguínea se acrecienta en las venas, las arterias y agrava, es decir, prolonga el coma, los problemas pupilares, etc.

Numerosos enfermos comienzan por un ataque apoplejía y terminan por morir ahogados ya que todos los decesos son causados por una asfixia interna o externa. Pero el uso ha querido que se reserve el término *asfixia* a la muerte causada únicamente por la oclusión de la tráquea.

No obstante, la muerte por asfixia no es ni instantánea ni súbita. Si las vías respiratorias no se han cerrado totalmente, al cuerpo le falta el aire y la muerte por asfixia se produce lentamente. De esta forma se producen los decesos por *golpe de sangre* donde la muerte se produce luego de muchas horas, consecuencia a veces trágica de una pelea acalorada. Si explicamos de esta forma las cianosis apopléjicas, las cosas son simples: la terapéutica consiste en dilatar artificialmente la tráquea retraída y de esta forma se salva al individuo. Se procede entonces como en los casos de narcosis clorofórmica cuando un *ronquido* anormal, signo de que la sección posterior de la lengua se recogió: se jala entonces lo más posible la mandíbula inferior hacia adelante y si esto no es suficiente, se tira hacia adelante la lengua con una pinza ayudándose con un aparato para mantener abierta la mandíbula. La intubación es la regla si el ronquido sintomático de la parálisis de las cuerdas vocales no ha cesado.

Los efectos de este procedimiento son inmediatos: el ronquido disminuye, la cianosis se atenúa y los síntomas de compresión cerebral cesan. Afirmo que hay muchos casos que han sido exitosos con este tipo de tratamiento. Un día, me llamaron de urgencia para ver a un enfermo que presentaba todos los síntomas de apoplejía. Ya se había efectuado una toma de sangre de 300cc sin llegar a estancar la cianosis. Los latidos cardíacos comenzaban a disminuir peligrosamente, a pesar de la utilización de éter y de alcanfor, hasta ser muy poco perceptibles. La respiración del enfermo se enrareció (síndrome de Cheynes-Stokes), sus pupilas se inmovilizaron, y se puso a orinar involuntariamente. Entretanto, un cura caritativo le daba la extremaunción cuando, de golpe, con una fuerte dilatación de la boca y una tracción anterior de la lengua, detuve el ronquido. La cianosis se extinguió lentamente, los latidos cardíacos se intensificaron y diez minutos después, las pupilas reaccionaban a la luz.

Cuando solté la lengua, el estado del paciente se agravó nuevamente, igual la cianosis así como los problemas pupilares. Veinticinco minutos más tarde, me fue posible dejar la lengua definitivamente sin que el ronquido y la cianosis volvieran. El color rosa de la tez de mi enfermo reapareció y, en la hora que siguió, el pudo recobrar la conciencia. No hay, a mis ojos, ninguna duda que la enérgica tracción anterior de la lengua salvó al enfermo de la asfixia.

Ciertamente, la oxigenación normal de la sangre brinda las circunstancias favorables ya que la presión arterial del cerebro se atenúa y la “subida de la sangre a la cabeza” termina por cesar cuando se procede de esta forma.

“Es ist nicht berechtigt Versuche zu machen -escribió- um dem Kranken aus dem koma zu wecken”. Ciertamente, no hay que abusar de la fuerza física. Pero en nuestro ejemplo, las cosas se dieron bien: el enfermo recuperó la respiración regular y recobró la conciencia rápidamente.

Yo no estoy actualmente en posición de dar cuenta de todos los casos tratados con éxito. Lo único que puedo decir es que nada es más oportuno que el viejo principio de *Nonum prematur in annum*, cuando se trata, en urgencia, de salvar a alguien.⁶

En la literatura se trata sobre *tratamientos de ataques de apoplejía* yo no he encontrado procedimientos sino de los del tipo de flebotomía, inyecciones hipodérmicas o bolsas de hielo, así como ciertas reglas para acostar al enfermo, transportarlo, purgarlo, etc.

No pude encontrar en ninguna parte este tratamiento y simple intervención que he venido recordando y que me parece no obstante saludable. Dada la simplicidad y eficacia de esta técnica, sugiero su aplicación en todos los casos, aun antes de emprender otra intervención médica. Siempre queda tiempo para efectuar

6.- Esto es: El razonamiento es verdadero si la cianosis es sobretodo “mecánica”. En caso de alteración importante de los comandos cerebrales de la ventilación, el tratamiento no es, evidentemente, muy eficaz. Actualmente estos pacientes son entubados y ventilados por máquinas que permiten tratar ambos aspectos. NDT.

una inyección subcutánea o una traqueotomía.

Basta con abrir la boca del enfermo y tirar mecánicamente la lengua hacia adelante. También se puede utilizar este método en caso de conmoción cerebral, de lesión a la cabeza, de ataques consecutivos a la intoxicación con alcohol, o alcaloides o aún en caso de insolación. En resumen, en los sujetos víctimas de un coma que lleva a una parálisis en los músculos de la faringe, del paladar y de la lengua. Se puede decir que este procedimiento mecánico es quirúrgico en el sentido estricto del término ya que tal como lo indica la etimología de la palabra, *Xeipo-Egov* quiere decir “actuar con la mano”.

Ningún especialista de las enfermedades internas tiene necesidad, me parece, de un especialista para intervenir eficazmente en casos similares: el médico puede actuar directamente y espontáneamente en un dominio médico que no sea el suyo, cuando se trata de salvar una vida y esto es posible.

Volver a Selecciones Ferenczianas

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.