

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA

E INSTITUTOS ANEXOS

REPUBLICA DE GUATEMALA

CENTRO AMERICA

**ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO MODERNO
DE LA PARÁLISIS GENERAL
(PALUDO-TERAPIA)**

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

**FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA
E INSTITUTOS ANEXOS**

POR

ARTURO LAPARRA SOLÓRZANO

Quién fué: Externo del Primer Servicio de Cirugía de Hombres, Externo del Tercer Servicio de Cirugía de Hombres, Interno del Servicio de Medicina y Cirugía de Mujeres con Niños, Interno por oposición del Primer Servicio de Cirugía de Hombres y del Servicio Médico-quirúrgico de Niños, Practicante del Servicio Médico-quirúrgico de la Consulta Gratuita, Interno del Servicio de Niñas del Hospital General; Interno del Servicio Médico-quirúrgico de Oficiales, Interno del Servicio de Vías Urinarias del Hospital Militar; Cirujano de las Fuerzas Expedicionarias de Occidente varias veces; Ayudante de la Comisión Investigadora del huésped intermediario de la Filaria Ceocutens; Médico encargado de combatir la Epidemia de Grippe en El Progreso, departamento de San Marcos, Practicante de la Comisión encargada de combatir la fiebre amarilla en Retalhuleu, miembro de la Cruz Roja durante el terremoto de 1917, miembro del Instituto Rockefeller, Practicante externo del manicomio, ayudante del Jefe del Laboratorio de la Escuela de Medicina, Practicante del Hospital de Venéreas.

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

SEPTIEMBRE DE 1926.

GUATEMALA, C. A.

TIPOGRAFIA SANCHEZ & DE GUISE
8ª Avenida Sur, Nº 24.

INTRODUCCION

La terapéutica ha sido, es y será en todas partes el supremo fin de la medicina. Desgraciadamente es un grupo demasiado pequeño de hombres de Ciencia el que se desvela por descubrir medios más apropiados para conservar la salud y curar las enfermedades; la mayoría dedicados al arte de la guerra viven quemándose las pestañas por descubrir el supremo poder de exterminación. Primitivamente los hombres creyendo en los espíritus malignos como causantes de las enfermedades recurrieron a los sacerdotes, como representantes de Dios, para curarse; muchos no quedaron satisfechos y pidieron a las plantas lo que necesitaban; aquellas les dieron lo que tuvieron, pero ansiosos de más, buscaron el alivio de sus dolores en el reino mineral, en el animal, en la opoterapia, y hoy día han llegado a buscarlo hasta en las mismas enfermedades!

Este método no era desconocido entre los antiguos nativos del Perú, que se curaban de la leishmaniosis cutánea o las membranas mucosas, asistiendo a los lugares donde el paludismo era endémico y sufriendo un número indeterminado de accesos.

No hay asunto médico que sea fácil o breve y cuando principié este trabajo sabía de antemano cuán inmensa era la tarea que me proponía a emprender; no obstante lo he hecho, abrigando la esperanza que la Honorable Junta Directiva, tome en cuenta que al pasar del estado de alumno al estado de hombre llamado a desempeñar un papel social considerable, carezco de la autoridad científica que tiene el que lleva largo tiempo de trabajar en su profesión con un horizonte más amplio.

Esta exposición constará del sumario siguiente: 1.º Sinonimia de la parálisis general; 2.º Cómo la definían los diferentes autores en las diferentes épocas; 3.º Historia de la parálisis general; 4.º Algunos datos sobre los tratamientos usados contra esta enfermedad; 5.º Qué es la paludoterapia y algunas consideraciones; 6.º Algunos datos históricos sobre los primeros ensayos de las inoculaciones de

paludismo; 7.º Teorías sobre la manera de obrar de la paludoterapia; 8.º Métodos empleados por autores extranjeros y método empleado actualmente en nuestro manicomio; 9.º Comparación de los tratamientos por el eparseno, la arsacetina, la tryparsamida, el bismuto insoluble y soluble con la paludoterapia; 10.º Porcentaje de los médicos que la han usado en el exterior y porcentaje nuestro; 11.º Casos clínicos; 12.º Conclusiones y bibliografía.

SINONIMIA

La parálisis general es una enfermedad tan compleja, que cada uno de los autores la ha comprendido a su modo. Unos se inspiran en la anatomía patológica, otros en la sintomatología y de aquí los diferentes nombres que le han aplicado: parálisis muscular crónica (Georget). Aracnitis crónica y meningitis crónica (Bayle). Parálisis general incompleta (Delaye). Parálisis general de los alienados o periencefalitis crónica difusa (Calmeil). Locura paralítica (Parchappe, Jules Falret.) Parálisis general crónica (Hubert Rodríguez). Parálisis general progresiva (Requin Lunier, Sandras). Ataxia psicomotriz (Lunier). Pericerebritis (Brunet). Demencia paralítica (Baillarger).

DEFINICION

En el "Tratado Práctico de las Enfermedades Mentales" escrito en 1862 por Marcé encontramos la definición siguiente: "La parálisis general es una afección caracterizada anatómicamente por las adherencias de las meninges y una congestión crónica de la substancia cortical y sintomáticamente por trastornos de la motilidad, demencia y un delirio variable, pero con frecuencia de carácter ambicioso."

Dagonet, en la misma época la consideraba como: "Una afección apirética, de una larga duración, determinada por un estado de congestión, y de inflamación especial del cerebro y caracterizada por síntomas particulares tales como el embarazo de la palabra, el debilitamiento muscular, un debilitamiento más o menos característico y la disminución progresiva de las facultades intelectuales."

Augusto Voisin la define: "La parálisis general, es una locura inflamatoria o locura paralítica, afección infla-

matoria del aparato cerebro-espinal caracterizada anatómicamente por meningitis, adherencias cerebro-meníngicas, reblandecimiento de la substancia gris, lesiones de los vasos y de la substancia nerviosa, y sintomáticamente por trastornos de las facultades intelectuales, de la palabra, por la ataxia de los movimientos, un delirio ambicioso, melancólico o hipocondríaco, ataques apoplectiformes y epileptiformes, un debilitamiento general y demencia."

La definieron a su manera Foville, Grasset, M. J. Luis Strümpfelli y Mendel. En nuestros días Osler escribe: "La parálisis general es una enfermedad crónica y progresiva del encéfalo y de las meninges, acompañada de perturbaciones psíquicas y motoras, que produce finalmente la demencia y la parálisis."

Fácilmente podría aumentar el número de definiciones, pero las que he transcrito me parecen muy suficientes para demostrar como todas estas definiciones tienen de común la enumeración de síntomas y un elemento variable que es la naturaleza íntima de la enfermedad, sobre la cual cada uno de los autores precedentes profesa su opinión personal; Sergent en la última edición de su Clínica Médica dice: "No se conoce parálisis general propiamente hablando, pues es fácil comprender que una parálisis absoluta y completa de los movimientos de todas las partes del cuerpo sería incompatible con la vida" (Pág. 679). Observando superficialmente, las palabras de Sergent, tienen una apariencia de verdad, y cualquiera que no se detuviera un momento a analizarlas se inclinaría a aceptarlas; pero cuando nos acordamos que la parálisis general es una afección que pone a los enfermos en una inmovilidad de todos los miembros y que se va acentuando con el progreso de la misma, llegamos a la conclusión de que los autores que antecedieron a Sergent tuvieron razón en llamarla así.

Algunos datos históricos sobre la parálisis general.

Probablemente la parálisis general es una afección tan vieja como la humanidad; pero los hombres no llegaron a sorprenderla sino a principios del siglo XIX. Desde su descubrimiento se vió que existía una relación recíproca entre las enfermedades mentales y las lesiones anatómicas. Se creyó estar en el camino que debía conducir a la solución de los delicados problemas que filósofos y médicos se plan-

teaban desde la más remota antigüedad. El problema no era de menos, grandes investigadores buscaron la explicación exacta de la afección; pero no la encontraron, mas o menos satisfactoria, sino cuando se descubrió el microscopio que vino a dar impulso a los estudios anatomopatológicos.

El talento ha existido en todos los tiempos y todos los lugares: los médicos de la antigüedad sospecharon la existencia de la parálisis general, pero no hicieron de ella nunca la entidad mórbida de hoy. En algunos documentos antiguos se encuentran descripciones que nos hacen creer que nuestros antepasados notaron algo que ellos no llamaron parálisis general; pero que tiene todos los visos de tal, por ejemplo Willis en su tratado ANIMA BRUTORUM que escribió en el año de 1681 hace una descripción muy digna de tomarse en cuenta en nuestros días.

Willis se refiere a enfermos que terminaban por ser paralíticos generales después de haber presentado estupor, pérdida de la memoria y estupidez. En aquellos tiempos, es cierto, que los hombres no contaban con los medios de investigación actuales, pero no por eso se conformaron con la observación superficial de los hechos y trataron de buscarse una explicación que satisficiera su espíritu; así Willis decía: "La materia morbífica al esparcirse acaba por invadir y obstruir los cordones medulares que penetran en el cuerpo estriado. Según que esta obstrucción es más o menos completa, se observa o la parálisis universal, o la hemiplejía, o resoluciones parciales de los miembros."

Un hecho que llama la atención de Willis es que él creía que casi todas las enfermedades crónicas se terminaban por parálisis, dada la decadencia que en último término se producía en las funciones naturales (vida orgánica) y vitales (vida de relación).

Entre las enfermedades crónicas consideraba algunas afecciones cerebrales y con particularidad una forma especial de melancolía que llamaba "melancolía prolongada e intensa." Para ilustrar las palabras de Willis voy a referirme a varias observaciones clínicas del autor: "N. N. hombre de más de 50 años de edad, robusto y gordo, habituado a una vida sedentaria y ociosa e incapaz de soportar la menor fatiga; se había hecho pesado, melancólico y llorón. Poco después fué atacado de debilitamiento y de temblor de todos los miembros y finalmente de reso-

lución de los miembros inferiores. Seis meses después falleció." Dos casos más que refiere se trata de personas inteligentes, letrados que cuando llegaron a la vejez se atontaron, fueron atacados de amnesia y más tarde de parálisis. Las tres observaciones susodichas no encierran todos los datos como para que fueran clasificadas como de parálisis general, pero la primera sí recuerda el cuadro de las parálisis que presentan depresión en su período prodromico.

Otros autores como Bonnet, Morgagni, Perfect, Charuzgi tienen observaciones muy parecidas.

No faltó quien con mayor intuición que los demás que habían estudiado la enfermedad haya presentado un cuadro más completo, y así fué realmente como Haslam, farmacéutico del Hospicio de Bedlam, describió con precisión algunos síntomas de la parálisis general.

En su obra publicada en Londres en 1798, intitulada "Observations on Sanity with Practical Remarks on the Disease, etc., etc.," de la cual publicó una segunda edición once años después con el nombre de "Observations on Madness and Melancholy," el autor indica la frecuencia de los trastornos paralíticos en algunos alienados. En aquel entonces creía él que estos trastornos eran la causa principal de la locura; pero que en otras ocasiones podían ser el efecto de la misma. Además dijo muy claramente: "En estos enfermos además de los síntomas de la locura, se observan otros, tales como embarazo de la palabra, la desviación de la boca, la parálisis más o menos completa de un brazo o de una pierna y la memoria es particularmente atacada, estos enfermos por debilitados que estén, se sienten muy fuertes y capaces de los más grandes esfuerzos; parece que sus pretensiones están muy exaltadas en razón inversa de su decadencia física."

En estas descripciones encontramos un síntoma nuevo y es el delirio ambicioso; sin embargo Haslam no fué conocido sino muchos años más tarde. Al mismo Pinel que se jactaba de conocer a los autores ingleses no le habían llamado la atención los síntomas enumerados por Haslam. Pinel escribió un artículo en un diccionario, al cual llamó Adinamia que parece ser más bien un cuadro de la parálisis general, dice así: "El estado de adinamia puede mostrarse aun en otra forma no menos intensa, y que se ter-

mina con frecuencia de una manera funesta: es el que puede tener lugar en ciertos casos particulares de una fiebre lenta nerviosa, todavía imperfectamente conocida y que se observa sobre todo en los establecimientos públicos consagrados al tratamiento de los alienados por la complicación de la manía o la demencia con parálisis. Se ve aparecer primeramente algunos preludios de parálisis o una agitación maniaca más o menos violenta, o bien a un delirio taciturno prolongado; el enfermo procura evitar todo movimiento y los miembros inferiores pierden poco a poco su agilidad; acaba por verse obligado a guardar cama y sus brazos se paralizan completamente: se ve declararse entonces una fiebre continua, manifestándose por paroxismos o redoblamientos que tienen lugar en la mañana o en la tarde, con rubicundez de la cara, un sudor viscoso y ensueños más o menos ruidosos; la parálisis continúa progresando, los músculos destinados a la masticación pueden apenas contraerse, la deglución y la articulación de los sonidos se hace cada vez más difícil y algunas manchas gangrenosas que resultan en diferentes regiones del cuerpo son las precursoras de la muerte próxima.

En 1814 Esquirol escribía lo siguiente: "Cuando la parálisis complica la demencia todos los síntomas paralíticos se manifiestan sucesivamente; primero la articulación de los sonidos es perturbada, inmediatamente después se ejecuta con dificultad la locomoción; las deyecciones son involuntarias, etc., todos estos epifenómenos no deben confundirse con los síntomas de la demencia ni con el escorbuto que la complica muy frecuentemente." Dos años más tarde escribía en su artículo "Locura": "La mitad de los alienados que sucumben son paralíticos. Estos individuos tienen más o menos embarazo en la articulación de los sonidos; al principio de la enfermedad razonan a veces muy poco; después de algunos meses o un año si no han engordado demasiado, se han enflaquecido en extremo; se debilitan, marchan con pena, se inclinan ordinariamente hacia el lado izquierdo; las deyecciones son involuntarias, hay incontinencia de orina, el embarazo de la lengua aumenta, las fuerzas disminuyen aunque hagan ejercicio y el apetito sea voraz; desde que se confinan al lecho, se forman escaras y gangrenas en el coccix, en los trocánteres, en los talones, en los codos, estas gangrenas húmedas hacen progresos rápidos, desnudan inmediatamen-

te los huesos; exhalan un olor muy repugnante; la fiebre se desarrolla; el pulmón se debilita; los calofríos preceden la muerte en uno o dos días, las extremidades se ponen violáceas y frías, el pulso no se siente más y finalmente los enfermos mueren."

En esta descripción se nota que por los años de 1814 y 1816 Esquirol consideraba la parálisis como una complicación y un epifenómeno de la locura sin deslindar ninguna entidad mórbida que nos demostrara que sospechase la parálisis general como la entendemos en nuestros días.

Entre sus alumnos hubo quienes tuvieron otras ideas que bien lo pudieron haber inclinado hacia otros senderos, sin embargo sostuvo sus opiniones.

Georget, alumno de Esquirol, escribió un libro por el año de 1820, intitulado "La Folie"; este autor tenía opiniones idénticas a su maestro, sostenía que la parálisis era una complicación de la locura como una broncopneumonia, un escorbuto u otras. Añadió que dicha parálisis era muy importante y que por esa razón la denominaba con el nombre especial de PARÁLISIS MUSCULAR CRÓNICA.

Definía esta parálisis muscular crónica así: "Se presenta muchas veces al mismo tiempo que el desarrollo de la locura en personas de 45 a 50 o hasta 60 años, denotando con eso lo incurable de la enfermedad; con frecuencia se manifiesta el segundo, tercer año o más tarde de haber comenzado la afección. Principia lentamente en una región, después se hace general y absoluta. A medida que progresa se va manifestando una disminución sucesiva y finalmente una pérdida completa de la inteligencia. Esta evolución puede dividirse en tres períodos."

Primer período.—La parálisis comienza casi siempre por declararse en los músculos de la lengua, con frecuencia permanece limitada a este órgano durante largo tiempo antes de extenderse a otros órganos. El paciente se da cuenta de su estado, se queja de experimentar, sea de un lado solamente o de ambos lados, entorpecimientos y picaduras, hormigueos en las manos y en los pies. El paciente llega al extremo de no servirse más que de los músculos de un solo lado para sus necesidades. Ese primer período puede durar muy largo tiempo, varios años, sin que la salud general parezca sufrir."

Segundo período.—El enfermo se presenta paralizado completamente de una mitad del cuerpo o de ambas. Puede apenas pronunciar algunas palabras, pues la inteligencia

está debilitada.... Este segundo período puede durar algunos meses, un año o más. En cuanto al *tercer período*, no es más que la agravación de los fenómenos anteriores y la muerte. Todos estos trastornos dependen de un reblandecimiento cerebral, es general desde su principio y comienza particularmente por la médula espinal."

Al analizar estas descripciones se observa que Georget confundía la parálisis general con otras afecciones muy distintas aún con las de la médula espinal.

En 1822 Bayle publicó su tesis "Sobre Aracnoiditis crónica." Esquirol y su alumno Georget hablaron de algunos síntomas, pero Bayle fué el que le dió nombre.

Escribe Bayle en su tesis: "En todas las épocas de la enfermedad existe una relación constante entre el delirio y la parálisis. Se la ve recorrer todos los grados desde la alienación parcial hasta la destrucción completa de las facultades intelectuales; principia por la simple torpeza de los movimientos, hasta la inmovilidad casi completa de todos los órganos del aparato locomotor. No se puede dejar de admitir que estos dos órdenes de fenómenos son los síntomas de una misma enfermedad, es decir, de una aracnitis crónica." A pesar del buen criterio con que Bayle se expresó en sus escritos, él creía que la enfermedad evolucionaba primero en período de monomanía, después manía y por último terminaba en la demencia; esta división le censuraron los médicos de su época. Dada las diferentes y encontradas opiniones que prevalecían en aquel entonces, la teoría de Bayle fué sometida al escarpelo de la crítica. Este autor escribió un libro "El tratado de enfermedades mentales," además de su tesis; durante el tiempo transcurrido entre una y otra, apareció la tesis de Delaye "Consideraciones sobre una especie de parálisis que afecta particularmente a los alienados." "Existe, decía este autor, una afección caracterizada por el debilitamiento gradual del sistema muscular locomotor, que comienza de una manera poco sensible, marcha con más o menos lentitud y acaba ordinariamente por la pérdida casi absoluta de los movimientos voluntarios; lo que le hace dar el nombre de parálisis general, a la cual debe de añadirse el epíteto de incompleta, porque raramente determina una resolución tan completa de los músculos como las otras parálisis." Esta parálisis, agrega, sin ser exclusiva a los alienados, complica muy frecuentemente la locura, así lo han observado los médicos que se han ocupado de esta última enfermedad;

sin embargo ninguno ha hecho un estudio completo. Delaye seguía creyendo como Esquirol y otros médicos de su tiempo que la parálisis no era más que una complicación de la locura.

La parálisis general es una afección que han estudiado los hombres desde hace más de un siglo. ¿A quién debemos dar el honor de haber hecho de la enfermedad una entidad mórbida? Collet dice: "Es Parchappe (1838) quien hizo de ella una entidad mórbida." M. Dide y P. Guiraud dan el honor a Bayle. Dieulafoy escribe: "... Pero Baillarger es el que ha colocado definitivamente la parálisis general en el sitio que hoy ocupa, demostrando que es una entidad morbosa muy bien definida, en la cual los trastornos motores desempeñan un papel tan importante, por lo menos como los trastornos psíquicos."

En la construcción de un templo no es el que pone la última piedra el que se ha de llevar el honor sobre todos los arquitectos y mucho más tratándose de una obra cuya edificación duró más de un siglo; me parece que todos los que he mencionado anteriormente tienen derecho a la apoteosis que se merecen y que muy injusto es restar méritos a todos los que pusieron su vida y su inteligencia para dárselo únicamente a aquel que llegó y puso el rótulo en el frontispicio.

Cuando la parálisis general fué reconocida como una entidad mórbida, se tenía conocimiento de su sintomatología, pero se ignoraba su etiología y patogenia; hace apenas pocos años se clasificaba entre las afecciones parasifilíticas como para indicar que no se tenía seguridad de su causa. No así en nuestros días, que con los descubrimientos de H. Noguchi, médico japonés, se ha llegado a saber que el *treponema pallidum* se encuentra en las meninges en los casos de la enfermedad a que vengo refiriéndome.

Algunos datos sobre los tratamientos usados contra la parálisis general.

Muchos conocimientos de la ciencia moderna son la herencia de otras generaciones y otros siglos, y eso ha pasado con la parálisis general, que desde hace mucho tiempo se consideró como una afección probablemente sifilítica y por eso se usó durante muchos años el mercurio para procurar el alivio de los desgraciados que padecían de ella; pero la

experiencia demostró después que en infinidad de casos el tratamiento mercurial lejos de hacer un bien hacía un daño. Todos los autores contemporáneos están de acuerdo en sostener que el mercurio tiene por efecto acelerar la depresión y la caquexia, así como acentuar el delirio. Dice Pierre Marie: "En presencia de una parálisis general confirmada, no solamente el tratamiento por el hidrargirio es impotente, sino que es capaz de agravar la enfermedad."

El yoduro de potasio se empleó largo tiempo, pero fué abandonado porque se le creyó el principal factor de las congestiones meníngeas de que morían los enfermos. ¿Tuvo algún éxito este medicamento? Probablemente sí y no sería yo el que viniera a condenar absolutamente el tratamiento por aquella substancia.

Decepcionados de sus procedimientos curativos trataron los autores de ver la manera cómo podían evitar la aparición de la enfermedad y hubo algunos de ellos que dijeron que para no adquirir la parálisis general había que tener una buena higiene física y moral y no cometer excesos de ninguna clase. En la actualidad estos consejos están indicados para todas las enfermedades, de tal modo que si es verdad que la indicación era muy buena, no tenía nada de nuevo.

Preconizaron los viajes como el único medio de lograr el reposo cerebral del enfermo; pero hubo que renunciarse a ellos cuando se comprendió que las impresiones repetidas eran un motivo de excitación y que lejos de proporcionarles el descanso que se deseaba era, por el contrario, causa de aniquilamiento.

Pensaron también en la permanencia en el campo, secundado por un régimen substancial y a horas bien reglamentadas. Tuvieron además la feliz idea de evitar el uso de los estimulantes como el alcohol, el café, el té y el tabaco.

Los médicos antiguos creyendo que la parálisis general era una enfermedad meramente inflamatoria, abusaban de los antiflogísticos, con la esperanza de detener el progreso del mal. Empleaban sangrías generales, sangrías atrás de las orejas, sobre las apófisis mastoides y en el ano; todas estas indicaciones tuvieron que ser abandonadas cuando se convencieron de que eran causa de agotamiento de los enfermos y que lejos de lograr el alivio de ellos se les apresuraba la muerte.

Como en el presente, usaron la hidroterapia; pero abusaron de ella tanto, que tuvieron que desecharla, tal fué el número de fracasos.

Entusiastas y hombres de gran corazón buscaron todos los medios de mitigar los sufrimientos de sus enfermos y ensayaron todos los métodos, empleando hasta los sedales en la nuca, las moxas en la misma región, los puntos de fuego, etc. Respecto a estas aplicaciones, dice el Diccionario de Ciencias Médicas (T. 73, pág. 26): "Sin atribuir a estos medios un valor curativo que no tienen, hay que reconocer, sin embargo, que son ellos los que mejores resultados han dado hasta ahora, especialmente el sedal en la nuca mantenido durante varios meses."

Sabedores de la acción reguladora ejercida por algunos medicamentos sobre los nervios vaso-motores, hicieron uso de la ergotina, la digital, el bromuro de potasio, la aconicina, etc.

Tratamientos abandonados vuelven pasados los días a ocupar un lugar preferente en la terapéutica; el mercurio ha sido condenado por muchos y fué tan larga la experiencia adquirida sobre su aplicación, que encontramos autores que dividen su uso en cuatro períodos: En el primero, durante la antigüedad y edad media, fué desechado, porque se le creyó un veneno, los árabes lo empleaban únicamente al exterior. En el segundo período, se empleó contra la sífilis desde el año 1495 por Marcus Cumanus; pero éste fué el período en que abusaron desmesuradamente. En el tercer período Broussais y sus discípulos lo acusan de ser el causante de los accidentes secundarios de la sífilis; Ricord, sin embargo le llama el remedio heroico contra aquella enfermedad. En el cuarto período hay autores que le administran no solamente como curativo de los accidentes sífilíticos, sino como curativo de las lesiones latentes y profundas y como preventivo de los accidentes graves del terciarismo y de las afecciones parasifilíticas, tales como la tabes y la parálisis general.

En 1910 fué introducido en la terapéutica un nuevo medicamento llamado por unos "606," por otros procedimiento de Ehrlich-Hata y por otros Salvarsán, Novarsán y Arsenobenzol. Este medicamento entra en la escena terapéutica con un cortejo de pretensiones y de él se expresa Manquet burlona, pero injustamente en estos términos: "un procedimiento terapéutico que tiene la pretensión de curar

accidentes de orden infeccioso con una sola inyección de un medicamento químico.”

No tardó en aparecer el Neosalvarsán, con el cual se llevaron a cabo infinidad de ensayos, pues se ha dicho y se sostiene que es un gran trepomicida; Milián lo experimentó concienzudamente y decepcionado de su aplicación al tratamiento de la parálisis general tuvo que renunciar a él confesando paladinamente que de todos los enfermos tratados no había obtenido más que un éxito.

En los últimos años se ha empleado dos medicamentos nuevos con resultados muy decepcionantes para el primero de ellos (la triparsamida) y un poco halagadores para el segundo (el bismuto y sus derivados). La triparsamida es un remedio idéntico químicamente al atoxyl, si bien ha dado mucho que decir y que alabar en ciertos centros científicos, ha resultado ser muy peligrosa por los graves trastornos oculares que provoca y esta es la razón por la cual ha tenido que ser condenada por muchos hombres de ciencia. Las sales de bismuto están prestando utilísimos servicios en el tratamiento de la sífilis nerviosa, pero hasta ahora no se le puede considerar como una terapéutica suficiente para la curación de la parálisis general o de la tabes.

Hay que mencionar por último el tratamiento intrarraquídeo por el suero salvarsanizado y el suero mercurializado (método de Swift-Ellis) muy en boga en los Estados Unidos, en donde—a pesar de todos los entusiasmos—nadie se ha atrevido a asegurar hasta ahora que la parálisis general encuentre en el mencionado método un medio de curación segura y eficaz: muy por el contrario, hay autores como Dercum, que atribuyen todos los progresos obtenidos al simple drenaje raquídeo y niegan a los sueros salvarsanizados una verdadera acción medicamentosa.

No critico ninguno de los sistemas y medicamentos usados. Probablemente todos tuvieron sus éxitos y sus fracasos; pues con frecuencia oímos decir, que medicamentos que se usaron en un tiempo con excelentes resultados, hoy día ya no curan, y pretenden algunos que todo esto depende de que los microbios evolucionan como nosotros. Así pues, al exponer la paludoterapia a vuestra elevada consideración no quiero ser el abanderado o propagandista interesado del método, no hago más que exponer los éxitos alcanzados por una legión de trabajadores en muchas partes del mundo y entre nosotros.

¿Qué es la paludoterapia?—Algunas consideraciones.

Algunos autores llaman paludoterapia de la parálisis general, al tratamiento de esta enfermedad por las inoculaciones de sangre de individuos palúdicos para distinguirla de la pireto-terapia que es el tratamiento de algunas infecciones por las inyecciones de sustancias que producen elevación térmica, tales como el colargol, el nucleinato de sodio, etc. Sin embargo hay quienes confunden una con la otra creyendo que la curación es obtenida por los efectos piritógenos.

En diferentes partes se ha tratado de este mismo asunto y el método tiene casi una decena de años (1917); pero en un principio solo fué empleado en los países de habla alemana y no ha sido sino en los últimos años que ha llegado a generalizarse. Es innegable que algunas enfermedades infecciosas tales como la erisipela han producido mejorías en otras enfermedades; León Moynac habla de enfermos de úlceras y de afecciones de la piel que se curaron cuando adquirieron aquella enfermedad.

Como todos los métodos de tratamiento, este de las inoculaciones de sangre de palúdicos tiene sus partidarios y sus grandes detractores, hay quienes niegan la acción benéfica de dichas inoculaciones y pretenden que los casos curados pudieron haberlo sido sin la aplicación del paludismo.

Respecto a las teorías de cómo obra el paludismo en la parálisis general, hablaré de ellas más adelante.

Entre nosotros afortunadamente esta enfermedad es rara y en nuestro manicomio apenas se presentan dos o tres casos por año. En algunos de ellos y por iniciativa del Doctor Federico Mora, Director del Asilo, hemos podido hacer un reducido número de observaciones casi todas de enfermos tratados con un éxito muy halagador.

Es un grave error encasillarse el médico en un sistema o método de tratamiento; también es muy delicado y peligroso tener un entusiasmo exagerado por tal o cual procedimiento terapéutico; pero me parece peor abstenerse por puro misoneísmo de ensayar un MODUS OPERANDI que según las estadísticas de buenos Hospitales ha dado magníficos resultados, en una gran proporción de casos.

El criterio saludable debe basarse en una observación imparcial, tomar las estadísticas en nuestras propias ma-

nos, estudiarlas detenidamente, seguir de cerca a los enfermos y no afirmar ni negar nada sin la suficiente experiencia. Mientras tanto es lógico que lo apliquemos con la debida prudencia y que procuremos el alivio de los desgraciados paralíticos generales por todos los medios aconsejables, ya que cuando se nos confía la vida de aquellos enfermos no hemos de cruzarnos de brazos.

Dicen los detractores: ¿Cómo hemos de aumentar el peligro de los enfermos inoculando otra enfermedad? ¿No es cierto, acaso, porque nuestra Patología general nos lo enseña, que todo es veneno y nada es veneno y que todo depende de las dosis? En manos inexpertas, ¿cuál es el medicamento que no es peligroso? Todos los procedimientos terapéuticos tienen sus indicaciones y sus contraindicaciones, la PALUDOTERAPIA reúne las mismas condiciones.

No contentos algunos médicos, que no gustan del método, con criticar o condenar el procedimiento de las inoculaciones, niegan la exactitud del diagnóstico; no cabe duda que los que proponen una doctrina se hacen el blanco de todas las miradas y esperan que la posteridad les haga justicia, en cambio sus adversarios se valen de todos los sofismas inventados para argumentar en contra, pero cuando los hechos hablan las palabras salen sobrando.

Algunos datos sobre los primeros ensayos de las inoculaciones de paludismo.

Todos los procedimientos usados, para el tratamiento de la parálisis general han tenido sus días de esplendor, han tenido sus partidarios y sus grandes detractores y el hecho de ser el método de la paludoterapia relativamente muy nuevo y poco conocido entre nosotros, me ha inspirado la idea de dedicarle estas páginas sobre todo para dar a conocer el resultado obtenido con él en nuestro Manicomio.

El Doctor Roseblum, del Hospital de Odessa, había hecho algunos experimentos sobre la acción de las enfermedades infecciosas en algunas psicosis, pero por temor a las persecuciones que pudieran sobrevenirle, tuvo que decir que había hecho sus observaciones por mera casualidad, no obstante que por la manera como se expresa se comprende que más bien fueron ensayos de inoculaciones los que hizo. Esto ocurría por el año 1879.

No se conoce con exactitud la fecha en que Wagner von Jauregg, Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Viena, y sus alumnos iniciaron sus estudios sobre la inoculación de enfermedades infecciosas para el tratamiento de la parálisis general. En un principio inoculó el bacilo pyocianico y la tuberculina de Koch, pero como sus resultados favorables no se confirmaron por los demás, ya no los prosiguió, sino hasta el año de 1917 usando esta vez el microbio mismo en vez de las toxinas como lo había hecho en días anteriores. Para eso escogió el paludismo. Sus primeros ensayos fueron animadores, ya que en nueve enfermos sometidos al procedimiento, obtuvo en cuatro una remisión completa y en dos una remisión parcial.

No faltaron imitadores. Dos o tres años después aplicaron el método Weichbrot (1919) Mühlens, Weygant y Kirshbaum en 1920, Liepmann en 1922, Delgado, (de Lima) en el mismo año, y otros más que sería largo enumerar habiendo obtenido todos un resultado muy animador.

En Guatemala, el procedimiento fué empleado por vez primera en 1923 en un caso típico de parálisis general que llegó a una remisión completa. (OBSERVACION N.º 1).

TEORIAS SOBRE LA MANERA DE OBRAR DE LA PALUDOTERAPIA

Teoría térmica.

La reacción térmica febril que ocasiona el paludismo produce un cambio en los tejidos, por el cual se queman las toxinas sifilíticas que afectan las células cerebrales. (J. Purges Stewart).

Teoría de los anticuerpos.

El tratamiento de la parálisis general por las inoculaciones de paludismo no está basado en ningún principio y es puramente empírico; el modo de acción de una supuración intercurrente o de una fiebre, produciendo un cierto grado de mejoría clínica en ciertos casos, no solamente de parálisis general sino de estados post-encefalíticos y otros desórdenes del sistema nervioso central, es completamente desconocido. Se ha creído que el fenómeno es debido a

una influencia de orden biológico; que el paludismo por ejemplo estimula la producción de anticuerpos u otras sustancias que tienen una acción electiva contra la CAUSA MORBI-ORIGINAL. (Henry A. Bunker y Kirby.)

Teoría del tropismo.

Los medicamentos obran por su acción física o su acción química, juntas o separadamente, y las modificaciones medicamentosas consisten por lo general en una combinación accesoria. El protoplasma de una célula impresionada por el agente medicamentoso reacciona modificando su nutrición y funcionamiento normal o alterado. El hecho de una combinación química explicaría el tropismo del medicamento, propiedad singular según la cual una sustancia introducida en la sangre puede ir a impresionar de un modo marcado un grupo restringido de elementos anatómicos con exclusión de la inmensa mayoría de los demás. El tropismo resultaría de la afinidad mayor o menor del medicamento para tal o cual protoplasma. (Raul Poo Rasart.)

METODOS EMPLEADOS POR LOS DIFERENTES AUTORES

Las diferencias entre los métodos empleados son relativamente insignificantes, como se verá por la breve exposición que sigue. Método de Henry A. Bunker Jr. M. D. y George H. Kirby M. D. de Nueva York.

Estos autores hacen una mezcla citratada de sangre del dador y la inyectan intravenosamente al paciente de parálisis general siendo las dosis empleadas de uno a uno y medio centímetros cúbicos. El período de incubación se abrevia y lo prefieren, porque han observado que los accesos obtenidos son más regulares. Esperan que el enfermo haya tenido de diez a doce accesos para tratar el paludismo por el sulfato de quinina a la dosis de 0.65 de gramo tres veces al día durante tres días. Este tratamiento lo emplean después de haber observado al paciente durante un tiempo variable para cada caso.

Método empleado en la clínica de Wagner von Jauregg.

En esta clínica se inyecta la sangre por vía intramuscular o intracutánea: esta última para imitar así los movimientos de los anófeles, hundiendo la aguja dentro los músculos, extrayéndola lentamente hasta que queden 15 a 20 gotas que se inyectan en la piel por escarificación. Si el método fracasa de esa manera puede repetirse la inyección por vía intravenosa; en vez de dos centímetros cúbicos, se dan cuatro por varios días, empleando sangre de antes, durante o después del acceso. El mayor número de accesos consentidos es de doce.

Método de M. Augusto Ley (de Bruselas)

Este autor inocular de dos a tres centímetros cúbicos de sangre de un palúdico febricitante; pero en período apirético, en el tejido celular subcutáneo del paralítico general. Se esperan hasta doce accesos y se atacan en seguida por el tratamiento de la quinina, tratando después al paciente por la medicación específica.

Método empleado por los Doctores Mo y Bosh (de la Argentina).

Usan los cuatro procedimientos; escarificación, intracutánea, subcutánea o intravenosa. Prefieren estos autores el intracutáneo en sujetos debilitados, la incubación suele ser más larga, pero con menos frecuencia se producen los accesos cotidianos; han observado estos autores que con el método intravenoso es más rápida la incubación; pero los accesos se repiten diariamente, en cuanto la escarificación no la usan porque les ha fallado muchas veces. En los sujetos no muy debilitados han empleado el método subcutáneo. La sangre que inoculan al paciente la prefieren de un palúdico en el momento que se inicia el acceso, cuando no han podido lograrlo en este momento han usado la obtenida fuera de él. Como no siempre tienen enfermos de paludismo a la orden, transportan la sangre palúdica utilizando el procedimiento de Otto Kauders. Este método permite conservar en Agar-Agar la sangre en actividad hasta 74 horas.

En caso de creer fracasada la inoculación, estos autores, antes de repetirla hacen algunas inyecciones de adrenalina, que a veces desencadenan un acceso palúdico.

Método empleado en nuestro Manicomio.

En todos los procedimientos que enumeré anteriormente se da la preferencia a la fiebre terciana y entre nosotros también, pero en ocasiones y atendiendo a su relativa rareza en nuestro medio hospitalario se ha empleado también la fiebre cotidiana, escogiéndose siempre a un enfermo que no esté quinizado. Se hace un examen minucioso del paralítico general para cerciorarse de que no tiene ninguna afección visceral que contraindique el tratamiento y de que no manifiesta una profunda debilidad. Se hace por otra parte el examen completo del individuo que proporciona la sangre para evitar que vayan a inocularse otra clase de gérmenes al paciente.

Una vez tomadas estas precauciones se procede a las inoculaciones eligiendo el método subcutáneo o el intravenoso.

Como en los procedimientos mencionados anteriormente, se hace uso de la quinina para combatir el paludismo una vez han pasado doce accesos.

Comparación del uso de otras substancias con la paludo-terapia.

He hablado anteriormente de las aplicaciones que se le dieron al mercurio, al yoduro de potasio y otros medicamentos, me resta decir algo con respecto a otras substancias usadas en el extranjero, en el Hospicio de Bicetre, en los servicios de los doctores Riche y Vurpas. El resultado de ellas se deduce por la lectura de las observaciones que siguen, las cuales he resumido lo más posible, extractando lo que me ha parecido de importancia para formar un concepto concluyente:

Tratamiento por los arsenicales.

EPARSENO (AMINO-ARSENO-FENOL).

Observación No. 1.—Lus Lucian, de 40 años, se le aplicaron veinticuatro inyecciones de eparseno, del 28 de Noviembre de 1921 al 20 de Enero de 1922; sin ningún cambio, murió cuatro años después.

Observación No. 2.—Nep... Alexandre, de 51 años, se le aplicaron 24 inyecciones de eparseno, del 28 de Noviembre de 1921 al 20 de Enero de 1922, el enfermo murió quince meses después.

Observación No. 3.—Mav... Paul, de 55 años de edad, se le aplicaron 48 inyecciones de eparseno en dos series, falleció el paciente treinta y un mes después.

Observación No. 4.—Mon... Clovis, de 36 años, cincuenta inyecciones en dos series, ningún cambio.

Observación No. 5.—Gru... Eugene, 36 años, se le aplicaron 123 inyecciones de eparseno en cinco series, las cuatro últimas con luatol, el paciente falleció treinta y cuatro meses después.

Observación No. 6.—Pub... Georges, de 46 años, se le aplicaron 66 inyecciones de eparseno, en tres series, las dos últimas con luatol, sin ningún resultado, el paciente muere dieciocho meses después.

Observación No. 7.—Leg... Emile de 43 años de edad, se le aplicaron 24 inyecciones de eparseno con suero antidiftérico, en dos series, sin ningún resultado, el enfermo muere siete meses después.

Como estas observaciones podría enumerar más, pero me parecen ya suficientes las mencionadas.

CONCLUSIONES

El eparseno puro no da resultados favorables en el tratamiento de la parálisis general. El bismuto (soluble e indisoluble) no tiene eficacia manifiesta. Sucede lo mismo asociado al luatol y al suero antidiftérico. En cambio se obtuvieron algunas pocas mejorías asociando el mesotorium y el hemostly al eparseno.

ARSACETINA (ACETYL-ATOXYL).

Observación 23.—Aun... Louis, de 40 años, se le aplicaron 5 gramos de arsacetina casi en el transcurso de dos meses sin resultado.

Observación 24.—Bra... Armand, de 60 años, en el transcurso de dos meses se le aplicaron 6.35 de arsacetina sin ningún resultado favorable.

Observación No. 25.—Bras... Alfred, de 48 años de edad, se le aplicaron 8.10 gramos de arsacetina en el intervalo de dos meses, sin ningún buen resultado.

Observación No. 26.—Col... Charles, de 47 años, recibe en mes y medio 7.90 gramos de arsacetina, sin ningún resultado.

Observación No. 27.—Lad... Remi, de 41 años, recibe 8.10 gramos de arsacetina en dieciséis inyecciones, fallece quince meses después.

Observación No. 28.—Per... Etienne, 49 años, se le aplicaron 16.60 gramos de eparseno, presenta trastornos visuales, muere veinte meses después.

Observación No. 29.—Sal... Ernest, se le aplicaron 8.10 gramos de arsacetina en 16 inyecciones, el paciente se caquetiza y sucumbe 24 meses después.

Aumentaría el número de observaciones que se refieren a la misma substancia, pero el número dicho es suficiente para que nos demos cuenta de sus efectos.

CONCLUSIONES

La arsacetina es un medicamento de uso muy peligroso, puede producir accidentes oculares muy graves. Subcutáneamente no es muy eficaz e intravenosamente entraña tales riesgos que los que lo han usado no lo aconsejan.

TRYPARSAMIDA.

Ensayaron este producto en tres enfermos a la dosis de tres gramos en inyección intravenosa, una vez por semana.

Observación 35.—Bou... Adonis, de 52 años, se le aplicaron 24 gramos de tryparsamida en inyección intravenosa, en tres meses, 3 gramos por semana, mejoría que se ha sostenido.

Observación 36.—Fou... Emile, de 55 años, se le aplicaron 12 gramos de tryparsamida, en 21 días, apareciendo trastornos oculares y ninguna mejoría.

Observación 37.—Mei... Albert, 52 años, se le aplicaron 15 gramos de tryparsamida intravenosamente, 3 gramos por semana, el enfermo se caquetiza y muere seis semanas después.

CONCLUSIONES

Como se ve, los resultados no son muy animadores con esta substancia.

SALES DE BISMUTO INSOLUBLES.

Observación 38.—Rou... Georges, de 40 años, recibe 22 c. c. de trepol en nueve inyecciones intramusculares, ningún resultado y el enfermo sucumbe un año después.

Observación 39.—Sch... Francois, de 39 años, 22 c. c. de trepol en un mes, en nueve inyecciones, sin ningún resultado y el paciente muere veinte meses después.

Observación 40.—Vat... Georges, 37 años, recibió 22 c. c. de trepol en nueve inyecciones, no obteniéndose ningún resultado.

Observación 41.—Bar... Henry, de 49 años, se le aplicaron 22 c. c. de quinio-bismuto; en varias series hasta inyectarle 259 c. c. de la misma substancia. Este tratamiento no dió ningún resultado, falleciendo el enfermo once meses después.

Observación 42.—Ber... Paul, 56 años de edad, recibió setenta y un centímetros cúbicos de quinio-bismuto en varias series, sin obtener mejoría ninguna y el enfermo sucumbe cinco meses después.

Las observaciones sobre el bismuto insoluble son innumerables, pero casi todas son parecidas a las enumeradas.

BISMUTO SOLUBLE.

Observación 46.—Se trata del enfermo Gru, del cual hablé en la observación No. 5, este enfermo recibió 104 ampollas de luatol en asociación con el eparseno, sin obtener ninguna mejoría.

Observación 47.—Se trata del enfermo Pub... de la observación No. 6, recibió 42 ampollas de luatol sin resultado alguno.

Observación 48.—Un enfermo a quien se le había aplicado eparseno, recibe 73 ampollas de luatol. El estado mental continúa el mismo, pero parece que la afección se ha detenido porque vivía aun tres años después.

Observación 49.—Se trata de un enfermo a quien se le había aplicado eparseno. Este paciente recibió veinticinco ampollas de luatol sin obtener ningún resultado.

Observación 50.—Se trata también de otro enfermo a quien se le había aplicado eparseno. Recibió veinticinco ampollas de luatol sin ningún resultado.

Con el bismuto soluble o insoluble solos no se han obtenido mejorías, en cambio con las combinaciones de luatol,

eparseno y hemostyl se han alcanzado resultados animadores.

Ninguno de los tratamientos que se han usado hasta nuestros días había alcanzado el número de éxitos que la paludoterapia, como se verá por las estadísticas de los diferentes autores y diferentes países donde se ha aplicado.

ESTADISTICAS

Wagner von Jauregg 50 por 100; Weichbrot 50 por 100; Mühlens Weygandt y Kirschbaum 70 por 100; Gerstmann 75 por 100; Nonne 30 por 100; Jossmann y Steenats 50 por 100; Schulze en 44 por 100; en nuestro manicomio 75 por 100 y así todos los que han ensayado el procedimiento presentan un porcentaje muy halagador.

Observación Número 1.

J. C., español, de 35 años, adquiere la sífilis en 1910 y se somete de un modo muy irregular al tratamiento durante tres años. A principios de 1922 comienzan a notarse en él grandes modificaciones del carácter: se ha vuelto en extremo expansivo, sus reacciones psico-motrices son muy rápidas, adquiere para los negocios más aventurados una audacia y un golpe de vista admirables (excitación maníaca prodromal), derrocha el dinero a manos llenas, es castigado varias veces por exceso de velocidad automovilística y contrae a toda prisa un matrimonio inútil, porque está atacado de impotencia genital. En Noviembre de 1922 su estado de desequilibrio se hace más manifiesto: se inician las compras desordenadas de objetos inútiles, los proyectos ambiciosos y absurdos, los desórdenes y las faltas contra las conveniencias sociales. Habiéndose hecho muy escandaloso su delirio megalomaniaco es internado en el Manicomio el 10 de Diciembre de 1922: allí continúa desarrollándose el cuadro típico de una parálisis general en forma de manía con delirio de grandezas y serios errores del juicio. El examen somático demuestra que hay Argyll-Robertson, disartría, tremulación marcada de las manos y la musculatura facial, conservación de los reflejos tendinosos, impotencia y disuria. La reacción de Wassermann es positiva en la sangre y fuertemente positiva en el líquido céfalo-

raquídeo, en cuyo líquido también se encuentra linfocitosis intensa e hiperalbuminosis. Se inicia un tratamiento mixto (mercurio y arsénico) sin ningún resultado, pues el estado mental continúa siendo grave y el enfermo se hace muy difícil de manejar en el Asilo. El 30 de Marzo de 1923 se le inyectan en la región glútea 6 c. c. de sangre de un palúdico (cuya sangre contiene abundantísimos hematozoarios): el primer acceso lo tiene el 10 de Abril y a partir de esa fecha sigue teniéndolos cuotidianamente, con alzas de temperatura que llegan hasta 40.5 y el 21 de Abril se le pone quinina, por la vía intramuscular. Poco tiempo después se comienza a notar una notable mejoría, tanto en el estado mental como en el estado general del sujeto que engorda rápidamente, duerme bien, come con buen apetito, se interesa por su suerte y termina por abandonar completamente sus ideas delirantes, recobrando la conciencia de su situación. Sale del Asilo a mediados de Junio y se marcha del País: en Enero de 1924 escribe de España que está trabajando en el comercio y no ha tenido recaída. Este caso puede considerarse como uno de los más favorables y es el primero en el que se empleó la paludoterapia en Guatemala.

DR. F. MORA.

Observación Número 2.

C. H., alemán, de 39 años, es traído al Manicomio el 10 de Agosto de 1925 por haber manifestado algunos desórdenes de la conducta de carácter alarmante (compras inconsideradas, excesos alcohólicos y sexuales con exhibicionismo, quiso poner a cada uno de los mozos de la finca en que trabajaba un sueldo de \$ 100 diarios, se cree dueño de toda la zona cafetalera en que está enclavada la finca, etc.) Su estado es típico: euforia muy marcada, delirio de grandeza ilógico y enorme, defectos del juicio muy notorios, agitación maníaca por ratos, incomprensión absoluta de la gravedad de sus actos y de su estado. Como signos físicos hay Argyll-Robertson, disartría, temblor, abolición del reflejo patelar. La Wassermann de la sangre y la del líquido céfalo-raquídeo son fuertemente positivas, habiendo además un gramo de albúmina por litro de líquido y más de 100 linfocitos por campo del microscopio. Sin ensayar ninguna otra medi-

cación, para no perder tiempo, el 14 de Agosto se le inyectan 6 c. c. de sangre palúdica: seis días más tarde comienza la fiebre que se presenta en forma atípica y alarmante porque es continua y se mantiene a más de 40 grados durante cinco días consecutivos, sin más que pequeñas remisiones. Pasado este primer acceso, tiene todavía elevaciones térmicas durante siete días y entonces se decide administrarle quinina, con la que se hace desaparecer la fiebre a la tercera inyección. La mejoría es notable y se manifiesta muy pronto, hasta el punto que el enfermo abandona la Casa de Salud, a donde ha sido transportado, el 18 de Septiembre de 1925. Su estado mental es casi normal y la reacción de Wassermann es débilmente positiva en la sangre y positiva en el líquido. Este enfermo se va a Alemania poco tiempo después y examinado allá por el Profesor Bohnhoeffler de Berlín, se le encuentra en condiciones muy satisfactorias, se le hace una cura arseno-mercurial y se le permite volver a su trabajo en un puesto de responsabilidad.

DR. F. MORA.

Observación Número 3.

D. de A., mujer de 54 años, mexicana, ingresó al Manicomio el 18 de Julio de 1925. A la fecha de su entrada su estado era de suma agitación, con ideas delirantes de grandeza y de persecución, desmedidas y absurdas y una agresividad que no respetaba nada. Los signos físicos y los exámenes de Laboratorio confirman el diagnóstico de parálisis general (Wassermann ++++ en la sangre y el líquido; albúmina 0.80, linfocitos 60 a 70). El 12 de Agosto recibe 5 c. c. de sangre de palúdico; el 21 tiene el primer acceso y a partir de esa fecha se le repiten diariamente, con fuerte alza de temperatura, sudor abundante, vómitos biliosos muy profusos. Del 24 al 26 de Agosto la temperatura se mantiene por encima de 40 sin remisión. El 2 de Septiembre se le comienza a administrar quinina y los accesos se retiran rápidamente. El estado general mejora bastante; el estado mental también, aunque más lentamente.

A fines de Septiembre la enferma está tan calmada y lúcida, sus ideas delirantes han desaparecido tan completamente, que se permite su egreso del Asilo. Al salir, el líquido céfalo-raquídeo y la sangre, tenían una Wassermann positiva (+++).

ARTURO LAPARRA S.

Vº Bº

DR. F. MORA.

Observación Número 4.

O. R., alemán, de 48 años de edad, sufre en Noviembre de 1924 de una depresión psíquica muy marcada, con disminución de la memoria, ansiedad, insomnio, ideas hipocóndricas. El examen neurológico revela: pupilas inmóviles y desiguales, vértigo, zumbido de oídos, tremulación fibrilar de la lengua y los párpados, hipertonia de la musculatura facial, inseguridad de la marcha, ligera incoordinación de los movimientos. Wassermann de la sangre y el líquido c. r. fuertemente positiva, más albuminosis y linfocitosis intensa. Se instituye un tratamiento por el salvarsán: a la segunda inyección el enfermo tiene un ictus, pasado el cual le queda una hemiplegia alterna y trastornos esfínterianos. La parálisis tiende a desaparecer pocos días después, pero la palabra va haciéndose cada vez más embrollada, la memoria disminuye y la inteligencia también. El enfermo sufre a cada poco de vértigos con tendencia a caer hacia el lado izquierdo y sacudidas espasmódicas en los miembros. Después de un nuevo ictus más grave que el primero queda una hemiplegia flácida más completa, con parálisis del facial del mismo lado y del tercer par del lado opuesto. Las ideas se hacen de tal manera confusas que el enfermo es incapaz de razonar y hay una pérdida total de la memoria retentiva recordando el síndrome de Korsakoff. Los síntomas de localización y el carácter de los trastornos mentales hacen desechar el diagnóstico de parálisis general, dando en lugar de éste el de sífilis meningo-vascular. Sin embargo, tomando en cuenta que en diferentes ocasiones la paludoterapia también ha sido recomendada para esta forma de sífilis nerviosa, se inyectan 5 c. c. de sangre palúdica el 29 de Marzo de 1925, obteniéndose con

ello una serie de accesos de forma terciana, hasta el número de diez. Se da quinina y se prosigue con un tratamiento intensivo por el bismuto; pero seis meses después el estado del paciente permanece inalterable. En Julio del corriente año (1926) se prueba una nueva inoculación de paludismo, consiguiéndose otra vez accesos tercianos en número de seis (sin que podamos explicarnos el por qué los accesos se terminan por sí solos). Hasta la fecha no se ha notado ninguna mejoría en el estado de este enfermo que, indudablemente, no es un paralítico general.

ARTURO LAPARRA S.

Vº Bº

DR. F. MORA.

Observación Número 5.

R. S., de 36 años de edad, guatemalteco, es recluido en un Sanatorio en Estados Unidos, a principios de Mayo de 1924, con el diagnóstico de parálisis general. Recibe un tratamiento combinado (arsénico, mercurio y yoduro de potasio) muy intenso y se mejora notablemente.

Llegado al País en Agosto de 1924 continúa sometido al tratamiento anti-específico; pero después de algunos meses de descanso, en Febrero de 1925, vuelve a presentar serios trastornos mentales (agitación maníaca con delirio de grandezas manifestado por colosales proyectos de reforma social). Se le inyecta sangre de palúdico en Abril de 1925, cuando ya la agitación y el delirio habían desaparecido, pero quedaba aún la inestabilidad mental, la hiper-emotividad, el desenfado y la euforia. No se consigue provocarle más que cinco accesos porque la familia, intranquila por las fuertes elevaciones de temperatura y desobedeciendo las prescripciones médicas, le administra quinina. No obstante lo reducido de los accesos el estado mental mejora bastante y se mantiene de una manera satisfactoria hasta principios de Julio del año en curso (1926), cuando se presenta una grave recaída, en la que prevalecen los síntomas mentales típicos de la parálisis general. La Wassermann que había llegado a ser débilmente positiva en la sangre y negativa en el líquido, vuelve a ser fuertemente positiva. En vista del fracaso obtenido con el primer tratamiento—fracaso que

debe atribuirse a la inconsulta intervención de la familia— se ha tenido que hacer una nueva paludoterapia y el paciente se encuentra en la actualidad con los primeros accesos. La mejoría indudable que se produjo después de la primera inoculación, a pesar de haber sido incompleto el tratamiento, es una prueba de que este enfermo es susceptible de mejorar mucho con la paludoterapia.

ARTURO LAPARRA S.

Vº Bº

DR. F. MORA.

CONCLUSIONES

- 1.^a—De los procedimientos empleados hasta la fecha para el tratamiento de la parálisis general, es la paludoterapia la que cuenta con mayor número de éxitos.
- 2.^a—No se ha dado aun una explicación satisfactoria sobre la manera de obrar del procedimiento paludoterápico.
- 3.^a—Como todos los procedimientos terapéuticos tiene sus indicaciones y contraindicaciones.
- 4.^a—Una de las principales contraindicaciones es el período caquético.
- 5.^a—Antes de la aplicación de las inoculaciones de sangre debe de ponerse en observación al paciente y hacerle un examen completo somático y funcional.
- 6.^a—También debe de hacerse un examen somático minucioso del sujeto que da la sangre palúdica.
- 7.^a—El tratamiento da excelentes resultados mejorando el estado del enfermo y no como sensibilizador.
- 8.^a—Si un lugar no fuere palúdico puede transportarse la sangre en Agar-Agar.

ARTURO LAPARRA SOLÓRZANO.

Vº Bº

DR. F. MORA.

Imprímase,

DR. JUAN J. ORTEGA.

BIBLIOGRAFIA

- Clinical Manual of Mental Diseases. Segunda Edición.
Dercum.
Psiquiatria del Médico Práctico. Dide y Guiraud.
Journal American Medical Association. February 21, 1925.
April 11, 1925.
L'Encephale, Juillet, Août 1925. Janvier et Fevrier 1926.
Maladies Mentales. A. Reimond.
Enfermedades nerviosas y mentales. Antonio F. Victorio.
La Juventud Médica. Mayo y Junio de 1926.
La Prensa Médica de la Argentina. 30 de Abril de 1926.
Dictionnaire Encyclopedique des Sciences medicales Nos.
72 y 73.
La Tribune Medicale. Octubre 1924.
Psiquiatria de H. W. Gruhle.
Tratado Elemental de Terapéutica. Manquat. Ultima
edición.
Clínica Médica de Sergent. Ultima edición.
Patología Interna de Dieulafoy. Ultima edición.
Patología Interna de Osler. Ultima edición.
Patología Interna de Collet. Ultima edición.
Tratado Práctico de las Enfermedades Mentales, 1862.
Marcé.
-

PROPOSICIONES

- Anatomía Descriptiva* Hipofisis.
Anatomía Patológica De la Parálisis general.
Bacteriología Bacilo de Ehberty.
Botánica Médica Theobroma cacao.
Clínica Quirúrgica Punción lumbar.
Clínica Médica Palpación del Hígado.
Física Médica Esfigmo-tensiófono de Va-
quez Laubry.
Farmacología Píldoras.
Fisiología Función renal.
Ginecología Trombus de la vulva.
Higiene Profilaxia del paludismo.
Histología Tejido epitelial.
Medicina Operatoria Desarticulación de la cadera
Medicina Legal Atentados contra el pudor.
Obstetricia Retención de placenta.
Patología Externa Eczema.
Patología Interna Enfermedad de Little.
Patología General Inmunidad.
Química Médica Inorgánica Bi-yoduro de Mercurio.
Química Médica Orgánica Bencina.
Terapéutica Yoduro de potasio.
Toxicología Intoxicación por el fósforo.
Zoología Médica Filaria Ceocutens.
-