

TRABAJO DE CONCURSO

TRATAMIENTO DE LA PARALISIS GENERAL PROGRESIVA

Lema: *Intellectus unus in omnibus.*

POR EL DR. SAMUEL RAMÍREZ MORENO

INTRODUCCION

Desde que Fournier en 1894 dió a conocer las afecciones parasifilíticas, se abrió un camino de esperanzas en la terapéutica específica de la Parálisis General Progresiva, lo que dió margen a grandes discusiones en el seno de la Sociedad de Neurología de Paris el año de 1902 y en el Congreso de Medicina de la propia ciudad en el año de 1904.

En principio, siendo la Parálisis General Progresiva enfermedad sifilítica, la indicación es tratarla específicamente; pero ¿los tratamientos hasta hoy practicados, en todas las formas y procedimientos ingeniosos, han dado resultados prácticos?

En reciente trabajo publicado por Weichbrodt en el que recogió todos los métodos del tratamiento de la Parálisis General Progresiva dice: «La terapéutica de la Parálisis General es un problema no resuelto hasta hoy. La enfermedad está progresando irresistiblemente y conduce con pocas excepciones a la muerte en un tiempo de tres a cinco años».

Las estadísticas dadas para los diversos tratamientos son muy desiguales y de cada método se citan buenos y malos resultados; por otra parte, los accidentes que tales tratamientos ocasionan en muchos pacientes han dado origen a que se forme el grupo de los abstencionistas, quienes han prescindido de emplear la terapéutica específica de la dolencia.

Stokes y Shaffer (1) mas optimistas, opinan que todos los tratamientos establecidos son favorables a la neurosífilis (inclusive a la Parálisis General) cuando se aplican en sus manifestaciones tempranas.

Zuckermann (2) hace un resumen de los métodos modernos mas empleados por él y otros investigadores y se inclina por la Triparsamidoterapia asociada con inyecciones salinas hipertónicas y por la Proteínoterapia y Malarioterapia combinadas con el arsénico y bismuto.

Si nos atenemos a la especificidad de la enfermedad de Bayle, el tratamiento específico es el racional, practicándolo en forma intensa; baste para ello recordar el concepto de Leredde que dice: «no se puede tratar la sífilis de una manera correcta sin considerar prácticamente a todo enfermo como afectado de un padecimiento grave, sin obrar en *todos los casos*, en *todas las épocas* contra la infección y no contra los síntomas, sin tener por objeto en todos los casos hacer desaparecer la seroreacción y las alteraciones del líquido céfalo raquídeo y en todos los casos impedir que reaparezcan».

Por otra parte, Fournier ha dejado como principios, al parecer inalterables, las bases generales del tratamiento de la sífilis,

1º—Ser instituido cuanto antes.

2º—Ser lo más enérgico posible.

3º—Ser continuado durante todo el tiempo que duran las manifestaciones patológicas y,

4º—Ser seguido mucho tiempo después de su desaparición.

Pero en la práctica, estos conceptos han sido perjudiciales a los enfermos, de tal modo que los tratamientos específicos han ido día a día proscibiendo, principalmente los arsenicales, o por lo menos modificándose en su aplicación y disminuyéndose las dosis.

Para muchos médicos, el tratamiento de la neurosífilis y por tanto de la Parálisis General Progresiva es el mismo que para la sífilis en general y aun dentro de la primera, no hacen distingos entre las formas intersticiales (sífilis cerebral, espinal y cerebro-espinal) y las parenquimatosas (Tabes dorsal y Parálisis General), siendo que debe ser completamente distinto, pues las parenquimatosas requieren cuidados muy particulares y son rebeldísimas a la terapéutica, la que en ocasiones no produce efecto alguno, o bien origina accidentes y aun agravación de los síntomas. ¿Por qué la

(1)—Stokes y Shaffer.—Resultados conseguidos con los métodos corrientes de tratamiento de la Neurosífilis.—Estudio de cuatrocientos casos.—The Jour of Amer. Med. Assn.—Diciembre 15 de 1924.

(2)—Zuckermann C.—El Tratamiento de la Neurosífilis.—Hospital General. Tomo I. N.º 1.—México, octubre-diciembre de 1925.

sifilis nerviosa y en particular la parenquimatosa no responde a los tratamientos específicos? pues a pesar de todas las opiniones, fuera de los períodos preclínicos que mas tarde estudiaré, no se ha demostrado la curación de estas enfermedades de manera evidente.

Caben muchas hipótesis para tratar de descifrar tal enigma: la naturaleza distinta del treponema (neurotrofo) que no es atacado de igual modo por los medicamentos específicos como el dermatrofo; la tolerancia de éste que va siendo gradual y, como se sabe, llega para el arsénico a cinco veces y media y para el mercurio hasta setenta y cinco; la impermeabilidad de los plexos coroides, aunque no es para todos, ya que el bismuto los atraviesa y en ocasiones el arsénico y el mercurio valiéndose de ciertos artificios; la imposibilidad de penetración de los medicamentos hasta regiones profundas del cerebro donde se refugia el treponema..... o bien, porque siendo padecimiento que desde su principio presenta lesiones definitivas, que no vuelven a regenerarse a pesar de ser destruído el germen que las produce, y siguen una evolución determinada, no siendo detenidas por la acción del medicamento. En verdad, no estamos en condiciones actuales de resolver este asunto. Probablemente no se deba a una sola causa sino a varias y sea su explicación mucho más compleja que a lo que a primera vista parece. De cualquier manera, la clínica y el laboratorio nos han enseñado que el tratamiento de la Parálisis General Progresiva es un problema médico no resuelto aun, y la prueba de ello, es la pluralidad de tratamientos y métodos empleados, lo que pone de manifiesto, que no hay *uno* verdaderamente eficaz y universalmente aceptado.

No sólo es esto, sino que numerosas ocasiones se ha visto que a pesar de todas las terapéuticas específicas intensas empleadas en los sifilíticos, durante el primer período de la lúes, no han sido suficientes para detener el desarrollo de la Tabes o de la Parálisis General, como lo han observado Mattauschek y Piles en cuatro mil ciento treinta y dos pacientes. Por otro lado, las remisiones observadas en los paralíticos generales sin tratamiento alguno, pueden alcanzar de 10 a 15%.

Ball señala 10%, haciendo ver que 5% llegan a ser completas.

¿Esto significa que no sean tratados los paralíticos generales, sino que se les deje seguir espontáneamente su propia evolución? Aunque muchos pesimistas piensan de este modo, creo que no debe ser así, pues como dicen Pactet y Bonhomme (3): «Si la enfermedad es incurable y de evolución fatal estamos obligados a detener su proceso» y aunque esto no se realice,

(3)—Pactet y Bonhomme.—Psychiatrie.—Tome II.—Collection Sergent.—Ribaudeau, Dumas. Baboneix.—1926.—Maloinc Et Fils.—Paris.

siempre nuestro papel es el de buscar, con todo afán y empeño, nuevas orientaciones, nuevos métodos que vengan algún día a salvar a los infelices atacados por tan terrible dolencia.

Sin embargo, las cosas no son de tal modo en términos absolutos. Los tratamientos son útiles cuanto mas tempranamente se instituyen y baste para comprender esto las estadísticas siguientes: Cotton en 127 casos que dejó evolucionar sin atención ninguna, sólo encontró 3.9% de remisiones; en 31 tratados consiguió 35% de detención de la enfermedad y 22% de gran mejoría. Southard y Solomon en 300 no tratados, cinco enfermos recuperaron la capacidad de poder trabajar y 10 tuvieron remisiones bastante completas, pero en 50 tratados obtuvieron 34 remisiones (68%).

Es indiscutible entonces, que los tratamientos son ventajosos pero que, su beneficio además de la época en que se apliquen — mucho mas eficaces los primeros meses, inútil y aun nocivo en los últimos períodos — depende de la resistencia individual. Por lo tanto, los resultados son muy variables:

Curación (?). Leredde señala haberla observado varias veces, pero como dice Barre «sus ideas sorprenden, sus resultados extrañan y ha sido objeto de muchas críticas».

Mejoría total o de algunos síntomas.

Detención de la enfermedad.

Ineficacia. No obteniéndose modificación alguna de los síntomas clínicos ni de las reacciones de laboratorio.

Acción nociva. (Neurorecidivas o reacciones de Herxheimer, neumonías serosas, aceleración de la enfermedad y en ciertos casos, accidentes mortales).

Cada cual tiene su plan de tratamiento y un criterio especial para su aplicación. A mi modo de ver, para instituir un tratamiento y valorar sus resultados, aparte de las condiciones generales y especiales, conocidas por todos y que están sujetas al criterio médico — las primeras a la clase de medicamento que se escoja, por qué vía y a qué dosis; las segundas a la atención de cada enfermo según los síntomas que presente — es conveniente observar las siguientes condiciones:

1º—Asegurar el diagnóstico. Esto que parece a primera vista algo pueril, puesto que implícitamente se comprende que es lo fundamental en todo tratamiento, tiene sin embargo en este caso capital importancia, no ya en lo que se refiere a las confusiones tan frecuentes entre la Parálisis General Progresiva y otras enfermedades como las Psicosis alcohólicas crónicas, las demencias arterioesclerosas no sífilíticas, sino en los procesos sífilíticos del cerebro, es decir, entre la sífilis cerebral y la Parálisis General, pues hay veces en que se confunden de tal modo, que Solomon escribe: «nadie puede dar ahora un diagnóstico diferencial preciso entre la forma paralítica general y la forma no paralítica de la neurosífilis, en diversas fases de estas

enfermedades, aun con todos los refinamientos del laboratorio». Y Lafora añade: «pueden por lo general diferenciarse clínicamente la Parálisis General Progresiva de la sífilis cerebral, sobre todo en los periodos avanzados; pero en casos ocasionales o en casos incipientes, esta diferenciación no se consigue sino tiempo después de seguir el curso clínico o el estudio post-mortem. Debemos por tanto huir de esta seguridad clínica que algunos acentúan por no haber practicado autopsias y estudios anatómo-patológicos».

Posiblemente a estas confusiones se ha debido la seguridad con que muchos autores citan curaciones de Parálisis General, siendo que en realidad han sido de sífilis cerebral ya que, como se sabe, es muy diferente la acción del tratamiento sobre una y otra.

2º—Hacer un examen cuidadoso del cuadro clínico y de las reacciones del laboratorio antes de iniciar el tratamiento y repetirlos periódicamente y al final de cada cura.

Lafora asienta: «que debemos atender mas al estado de los datos del laboratorio que al de los clínicos, sin olvidar éstos, pues las remisiones clínicas no tienen por si solas suficiente valor» y O'Leary no le da mucha importancia a las modificaciones del líquido céfalo-raquídeo, ya que ha encontrado reacciones que se hicieron negativas por el efecto de la terapéutica, sin que hubiese modificaciones clínicas. Ni unos ni otros deben imperar, pues lo importante, es que haya paralelismo entre los síntomas clínicos y los datos de laboratorio, aunque en verdad, son de mayor valor las mejorías acusadas en las reacciones del líquido cerebro espinal.

3º—Instituir el tratamiento inmediatamente que se haga el diagnóstico, pues baste recordar lo que dice Grinker (4): «que toda tardanza significa lesión irreparable del tejido nervioso».

4º—Observar durante mucho tiempo después a los pacientes y aun durante años para ver si las modificaciones obtenidas persisten.

Este es el punto que considero mas importante. La mayor parte de los observadores se entusiasman con las remisiones que se presentan en el curso de algún tratamiento y las consideran como curaciones, siendo que más tarde vuelven a tener recaídas.

En tal virtud, tenemos que admitir dentro del estado actual de nuestros conocimientos que no deben considerarse en la Parálisis General — a excepción de los casos preclínicos — curaciones definitivas, sino que es necesario ver a los pacientes como crónicamente enfermos y someterlos a un adecuado y constante tratamiento, ya que para asegurar tales curaciones, se requiere la observación por muchos años, comprobando la persistencia de los alivios clínicos y de laboratorio.

(4)—Grinker, Julius, M. D.—Syphilis of the Nervous System. —Tice's Practice of Medicine.—Vol. X.

La Piretoterapia que se viene empleando desde hace pocos años y que en la actualidad es el tratamiento de elección, parece que hasta hoy es la mejor terapéutica de la Parálisis General, pues se citan alabadores resultados, principalmente cuando se le asocia a un tratamiento específico, de preferencia, el bismútico. Gestsmann, Straussler, Koskizas y Freeman indican como resultado de sus observaciones que las mejorías clínicas producidas por la Paludoterapia proceden de la organización meníngea y perivascular a expensas de tejido fibroso. Estos mismos autores no encontraron treponemas en los cerebros estudiados de meningo-encefalíticos que fueron sometidos a Piretoterapia y Freeman profetiza que: «con el tiempo estaremos justificados de hablar de la curación de la Parálisis General Progresiva».

El tratamiento específico por el bismuto después de la Piretoterapia tiene mayor efecto pues parece, y esto lo referiré más adelante, que la fiebre disminuye la vitalidad del treponema, el cual en estas condiciones es perfectamente atacado por los medicamentos específicos, ya que en realidad todos poseen la misma propiedad; pero el bismuto ocasiona menor número de accidentes.

De cualquier manera, con la Piretoterapia se están obteniendo mejores resultados que los obtenidos con otros tratamientos y a este respecto Mühlens dice lo siguiente: «algunos escépticos refiriéndose a las remisiones espontáneas y las obtenidas por el tratamiento, dudan de la prueba estadística y sospechan que estas remisiones no sean en efecto mayores en número que las remisiones espontáneas. Pero la gran mayoría de los autores aceptan que las remisiones obtenidas por las inoculaciones son mucho más frecuentes, más duraderas, intensas y completas». Nonne que no creía en ningún resultado de tratamiento en la Parálisis General Progresiva dice refiriéndose a la Piretoterapia por el Paludismo: «Puesto que hace 36 años trato numerosos parálisis generales, puedo decir comparativamente que no he visto antes, tan frecuentes, tan intensas y tan prolongadas remisiones».

Los éxitos se van sucediendo y el entusiasmo no decae por las favorables observaciones que día a día se dan a conocer, principalmente en Alemania, Austria y algunas naciones de la América del Sur, como en el Perú y la Argentina; ya para escribir este trabajo leo en la prensa diaria (5) un cable proveniente de Viena que entre otras cosas dice: «Nuevos casos tratados en la Clínica de Psiquiatría de esta capital han venido a ampliar el método de las aplicaciones del sabio Wagner von Jauregg en virtud del cual se cura la Parálisis General Progresiva. . . . »

(5) «Excelsior», septiembre 9 de 1927.—México, D. F.

Desde estudiante fui grandemente impresionado por la fatal secuela que siguen los paralíticos generales y por los tremendos problemas familiares y sociales que se presentan a su alrededor y me formé el propósito de estudiar sin descanso y con todo empeño a estos desgraciados enfermos, buscando siempre aplicarles los sistemas terapéuticos que pudiesen dar algún beneficio. En este trabajo, en el que pasaré revista de los métodos mas importantes empleados hasta el presente, tendré ocasión de exponer algunas de mis observaciones seguidas a través de mucho tiempo y de muchos esfuerzos.

No sólo voy a limitarme a estudiar los asuntos relacionados con la terapéutica específica o piretotérapica, sino con el deseo de ser lo mas completo posible, señalaré otros puntos de tratamiento en lo que se refiere a la profilaxis, a la terapéutica higiénica y sintomática y de modo somero al problema del internamiento, de tal manera que la exposición del presente trabajo lleva el siguiente orden:

I.

TRATAMIENTO PREVENTIVO

- A. Tratamiento profiláctico propiamente dicho.
- B. Tratamiento preclínico.

II.

TRATAMIENTO CURATIVO

- A.—Tratamiento específico.
 - 1.—Arsenicales.
 - 2.—Bismutados.
 - 3.—Mercuriales.
 - 4.—Yodurados.
- D.—Tratamiento no específico. (Piretoterapia).
 - 1.—Malariaoterapia.
 - 2.—Fiebre recurrente.
 - 3.—Sodokuterapia.
- C.—Tratamientos mixtos y otros tratamientos.

III.

TRATAMIENTO SINTOMATICO

- A.—Tratamiento higiénico.
- B.—Tratamiento de los estados de excitación.
- C.—Tratamiento de los estados de depresión.
- D.—Tratamiento de la desnutrición.
- E.—Tratamiento de los ictus.
- F.—Tratamiento de otros síntomas.
- G.—Internamiento.

I.

TRATAMIENTO PREVENTIVO

A. TRATAMIENTO PROFILACTICO

La profilaxis de la Parálisis General Progresiva queda comprendida dentro de la profilaxis de la sífilis en general y de la neuro-sífilis en particular. Su realización corresponde a los gobiernos, a las autoridades sanitarias y a los médicos en su papel de educadores y guías de la Sociedad, valiéndose para ello de todos los medios posibles: conferencias, escritos, educación sexual, etc., etc. Desde el punto de vista de la neurosífilis, ejercer estricta vigilancia en todo individuo que haya padecido sífilis neurotrópica de aspecto benigno y examinar frecuentemente la sangre y el líquido cerebro-espinal.

Con relación a la Parálisis General Progresiva, tener particular cuidado en los neuróticos con o sin antecedentes específicos, sobre todo en los hombres adultos que estén sometidos a trabajos intelectuales, o a la influencia de preocupaciones o conflictos sociales, pues sabido es que la sífilis no ataca al cerebro cuando éste no es receptivo al treponema y con justa razón dicen Pactet y Bonhomme que: «La Parálisis General Progresiva es el producto de la sífilis que obra, por un mecanismo desconocido, sobre un cerebro hereditario o accidentalmente predispuesto». En tales casos, los exámenes repetidos del líquido céfalo-raquídeo son los medios mas seguros para tener un conocimiento exacto y para adoptar una conducta apropiada.

Pero, ¿es efectiva realmente la profilaxis de la Parálisis General Progresiva? Ya se ha dicho por Wile y Stokes que: «el curso que siga un sífilítico queda determinado desde el primer mes de la infección» y son numerosas las observaciones que se tienen de sujetos sífilíticos en quienes se ha practicado intenso tratamiento específico y, a ese pesar, se les ha desarrollado la enfermedad. En opinión de alguno hasta se les ha precipitado.

He encontrado entre los antecedentes terapéuticos de muchos enfermos, tratamientos activos, sobre todo por Neosalvarsán, instituidos años antes de la meningo-encefalitis, que no fueron suficientemente eficaces para impedir su desarrollo.

Por tales motivos, creo que la profilaxis de la Parálisis General Progresiva no tiene utilidad como recurso especial para evitar esta dolencia, sino que lo importante, lo efectivo, es la profilaxis de la sífilis y que en los sujetos luéticos y neuróticos, la profilaxis de la Parálisis General Progresiva no está en hacer un tratamiento enérgico específico por medicamentos aplicados conforme a métodos conocidos, sino apropiando en cada caso los convenientes teniendo particular cuidado en el uso de los arsenicales.

B.—TRATAMIENTO PRECLINICO

Tal parece que el tratamiento preclínico no debía incluirlo dentro de los tratamientos preventivos de la Parálisis General Progresiva — pues el período preclínico de la enfermedad — del cual me he ocupado extensamente en anterior trabajo, a propósito del diagnóstico oportuno de la Parálisis General Progresiva — indica ya la existencia del padecimiento, puesto que hemos convenido en emplear este nombre, dado por Campbell y Ballace, cuando sólo existen signos humorales del líquido céfalo raquídeo en ausencia de síntomas clínicos, es decir, cuando se ha verificado ya la invasión en las meninges y en el encéfalo por el treponema. Sin embargo, dos razones me inclinan a colocarlo aquí: una de ellas de orden clínico, la otra de orden terapéutico:

La primera me indica que con el nombre de Parálisis General Progresiva se entiende el conjunto de síntomas clínicos que forman un cuadro perfectamente definido, cuadro que no tiene realidad si están ausentes tales síntomas, pues fueron los que individualizaron su aspecto nosológico mucho antes de ser conocidas las alteraciones del líquido céfalo raquídeo, que como ahora sabemos, preceden con mucho tiempo a la aparición de los síntomas clínicos, hecho que ha sido demostrado por Lafora y otros, de tal manera que se pueden encontrar sin que exista propiamente la entidad clínica llamada Parálisis General Progresiva.

La segunda razón, es que los efectos del tratamiento son muy diferentes cuando se instituye en este período que cuando se hace más tardíamente, es decir, en presencia de los síntomas clínicos.

Por tales motivos, creo que el tratamiento bien llevado en este período es realmente preventivo; preventivo al desarrollo de las manifestaciones clínicas de la enfermedad de Bayle, y este es asunto tan extraordinariamente importante que no quiero pasar por alto, aunque en las apreciaciones que haga me salga un poco del terreno exclusivamente del tratamiento, motivo del presente trabajo.

He manifestado en otro de mis trabajos, que reconocer a un individuo que vaya a ser paralítico general sin que tenga ningún signo ni síntoma clínico, parece a primera vista asunto casual; pero con la práctica de la punción raquídea, si se efectua-se en todo sífilítico, en todo neurótico y en general en todo sospechoso, se llegaría a ese conocimiento y se evitarían miles de desenlaces funestos. Y aun en las sífilis ignoradas, los clínicos y los bacteriólogos encuentran comúnmente sorpresas cuando, por circunstancias especiales, verifican exámenes del líquido en personas de apariencia sana.

Lafora y otros insisten en que se haga siempre la punción lumbar en

todo sifilítico antiguo o reciente, y los hechos enseñan lo importante de este recurso, pues Corbus en 180 sífilíticos encontró 33% con reacciones positivas en el líquido, sin haber síntomas clínicos de enfermedad nerviosa o mental. Bien es cierto que durante el segundo período de la lúes existen frecuentemente reacciones meníngeas; pero la intensidad de ellas y los caracteres que presentan, dan utilísima orientación en el futuro del enfermo.

En ocasiones se presentan algunas ligeras manifestaciones clínicas que dan al individuo aspecto de neurasténico, lo que es suficiente para que los médicos inmediatamente verifiquen un examen del líquido céfalo-raquídeo y si éste da resultados positivos, instituyan sin tardanza el tratamiento, pues con seguridad obtendrán mucho mejores resultados que cuando lo implanten más tarde.

El médico debe tener siempre desconfianza cuando se presente a él un enfermo con manifestaciones intelectuales o nerviosas, por muy sutiles que sean, que no pueda referir a un padecimiento conocido; y en estos casos Fournier aconsejaba que: «frente a un trastorno mental de causa desconocida, el primer deber del médico es pensar en la sífilis» y Barbe insiste que «en un hombre, entre treinta y cincuenta años que presenta un trastorno mental cualquiera, es menester siempre pensar en un posible principio de Parálisis General». Evidentemente que esta conclusión no es ni muy elegante ni muy elevada; pero es práctica.

En efecto, la observancia de estos consejos me ha sido utilísima en algunos casos en que llegué a descubrir la existencia de Parálisis General por simples sospechas. Voy a referir dos de mis primeras observaciones que tengo relatadas en otro trabajo.

Primer caso.—Encontrábame de visita con un compañero en casa de cierto amigo nuestro, cuando se presentó el señor N., hombre de treinta y cinco años, y que pronto entró en intimidad con nosotros. Era, según su decir, muy nervioso, disipado y mujeriego; se entregaba a trabajos intelectuales continuados y tenía grandes penas morales; entre otras, la sospecha de que sus hijos estuviesen sifilíticos, pues él había contraído la enfermedad hacía años y, aunque se trató enérgicamente por medicación específica, no sabía si habría curado. Se le invitó a hacerse las reacciones de laboratorio en la sangre y en el líquido céfalo-raquídeo, y todas dieron resultados intensamente positivos y el Lange una curva correspondiente a la descrita en la Parálisis General.

Segundo caso.—Enfermo L.C. del Manicomio General. Fué enviado por una Demarcación de Policía por presentar perturbaciones mentales de origen alcohólico que, poco a poco, fueron desapareciendo y días después se encontraba en apariencia sano, sólo que tenía ligera anisocoria y exaltación de los reflejos tendinosos. Presumiendo la existencia de sífilis nerviosa

además del alcoholismo del enfermo, se le practicaron las reacciones de laboratorio habiéndose obtenido en todas, el mismo resultado que en el caso anterior.

A partir de estas primeras observaciones, y durante algunos años, he practicado y practico la punción lumbar en todos mis pacientes sospechosos de neuro-sífilis, encontrando en algunos de ellos, manifestaciones por parte del líquido, propias y características de la enfermedad de Bayle, no obstante que tales pacientes no revelaban síntomas físicos ni mentales de la dolencia o si acaso los había, eran muy atenuados.

Entre nosotros no se ha dado gran importancia a estos exámenes, sino sólo cuando se tiene fundamentos clínicos para efectuarlos o cuando se desea rectificar un diagnóstico, lo que trae por consecuencia que sean reconocidos los paralíticos generales en pleno desarrollo de la enfermedad, cuando los tratamientos son mucho menos efectivos e ineficaces.

En tres pacientes en quienes encontré signos característicos de Parálisis General en el líquido, bajo la influencia del tratamiento, se hicieron negativas casi todas las reacciones en dicho líquido, persistiendo solamente ligera linfocitosis y presencia de globulina. Estas personas, a quienes he seguido con mucho interés, no han tenido signos ni síntomas clínicos de Parálisis General Progresiva, ni de otra forma de neuro-sífilis, hasta este momento.

Tales observaciones son las siguientes:

Primer caso.—F. P., de 42 años de edad, casado, banquero de profesión, sano en apariencia y sin antecedentes luéticos. F. P. ha tenido algunos vesánicos entre sus antecesores y un hermano murió de Parálisis General Progresiva. Es persona inteligente, irascible y de emotividad exagerada. El examen clínico sólo reveló ligera exaltación de los reflejos tendinosos.

Se le verificó el examen del líquido céfalo-raquídeo y se obtuvieron los resultados siguientes:

Presión 34 cents. de mercurio. Man. de H. Claud.
Aspecto Agua de roca

DOSIFICACION DE ALBUMINA

0.40 gr. por 1.000 c.c.

INVESTIGACION DE GLOBULINAS

Reacción de Pandy Positiva.
Reacción Nonne Appelt Positiva.
Reacción de Noguchi Positiva.

EXAMEN CITOLOGICO

Veintiún linfocitos por milímetro cúbico.

Reacción de Wassermann Positiva.

Reacción de Lange, oro coloide:

5 5 5 4 3 2 1 0 0 0

Apreciación.—Todos estos exámenes corresponden a sífilis nerviosa y la curva del Lange a la descrita en la Parálisis General Progresiva.

Las reacciones anteriores fueron efectuadas el 1º de noviembre de 1924. Ocho meses más tarde, el 15 de julio de 1925, y después de un tratamiento enérgico por bismúticos, se obtuvieron los siguientes resultados en el segundo examen:

EXAMEN FISICO

Presión..... Normal. Man. de H. Claud.
Aspecto..... Agua de roca.

INVESTIGACION DE GLOBULINAS

Reacción de Pandy..... Negativa.
Reacción de Nonne Appelt..... Negativa.
Reacción de Noguchi..... Neagtiva.

EXAMEN CITOLOGICO

Cinco linfocitos por milímetro cúbico.

Reacción de Wassermann..... Negativa.

Reacción de Lange con oro coloide:

1 0 1 2 0 0 0 0 0

El señor F. P. continúa exactamente en las mismas condiciones que cuando le hice la primera punción, es decir, sin ningún síntoma mental ni físico de Parálisis General Progresiva.

Segundo caso.—M. F., de 44 años de edad, casado, médico de profesión. No hay datos importantes de antecedentes familiares. Respecto a los personales, existe duda acerca de infección sífilítica. Este paciente llegó a mi presencia por acusar algunos síntomas neurasteniformes: cefalea occipital, amnesias ligeras, fatigabilidad psíquica, astenia e ideas pesimistas. El examen físico dió exaltación de los reflejos rotulianos y algo de lentitud del reflejo pupilar a la luz.

Hecha la punción el 11 de febrero de 1925, se encontró lo siguiente:

EXAMEN FISICO

Tensión..... 28 cents. Man. de H. Claud.
Aspecto..... Agua de roca.

INVESTIGACION DE GLOBULINAS

Reacción de Pandy..... Positiva.
Reacción de Nonne..... Positiva débil.
Reacción de Noguchi..... Positiva débil.

EXAMEN CITOLOGICO

Tres linfocitos por milímetro cúbico.

Reacción de Wassermann..... Positiva, con un c. c. de líquido céfalo-raquídeo.

Reacción de Lange con oro coloidal.

5 4 4 3 3 2 1 0 0 0

Apreciación — Sifilis del sistema nervioso. Curva de Lange semejante a la descrita en la Parálisis General Progresiva.

El doctor M. F. fué tratado intensamente por bismúticos, observándose la desaparición paulatina de los síntomas clínicos (físicos y mentales). El 22 de septiembre de 1925, es decir, ocho meses después, el líquido céfalo-raquídeo dió el siguiente resultado:

EXAMEN FISICO

Presión..... 25 cents. Man. de H. Claud.

Aspecto..... Agua de roca.

EXAMEN CITOLOGICO

Contiene tres linfocitos por milímetro cúbico.

INVESTIGACION DE GLOBULINAS

Reacción de Pandy..... Positiva muy débil.

Reacción de Nonne..... Positiva muy débil.

Reacción de Noguchi..... Positiva muy débil.

DOSIFICACION DE ALBUMINA

Contiene 0.15 gr. por 1.000 c. c.

Reacción de Wassermann gradual... Negativa, con un centímetro cúbico de líquido céfalo-raquídeo.

Reacción de Lange:

1 1 0 1 0 0 0 0

Desde esta fecha no he dejado de tratar periódicamente por bismúticos a este paciente, quien hasta ahora no presenta ningún síntoma clínico.

Tercer caso.—J. M. T., de 31 años de edad, de profesión militar, soltero. Tiene como antecedentes familiares: padre alcohólico, y una tía paterna loca. Como personales: que padeció un chancro sifilítico a los 18 años. Fué tratado muy ligeramente por fricciones mercuriales.

Es persona que presenta rarezas de carácter, irascible e impulsivo. Ha llevado una vida desordenada y se ha entregado a placeres venéreos y, por épocas, al uso inmoderado del alcohol. Vino a mi presencia por quejarse de insomnios rebeldes y astenia marcada. Por el examen mental que verifiqué en él, encontré fatigabilidad de la atención, hipomnesia de fijación y

de reproducción. El examen físico reveló ligera disartria, hipotonía muscular y exaltación de los reflejos rotulianos.

El 12 de noviembre de 1924, se le hizo el examen del líquido y se obtuvieron los resultados siguientes:

EXAMEN FISICO

Tensión..... 28 cents. Man. de H. Claud.
Aspecto..... Ligeramente turbio.

EXAMEN CITOLOGICO

Diez linfocitos por milímetro cúbico.

INVESTIGACION DE GLOBULINAS

Reacción de Pandy..... Positiva.
Reacción de Nonne..... Positiva.
Reacción de Noguchi..... Positiva.

DOSIFICACION DE ALBUMINA

Contiene 0.26 gr. por 1.000 c. c.

Reacción de Wasserman..... Positiva intensa.

Reacción de Lange con oro coloide.

5 5 5 5 4 4 3 2 1 0

Apresiasión.—Sífilis del sistema nervioso. La curva de Lange corresponde a la descrita en la *Parálisis General Progresiva*.

Al principio, se le empezó a tratar intensamente con bismúticos, pero por haberse ausentado de la capital el tratamiento fué suspendido.

En el mes de agosto de 1927 regresó y aún se quejaba de insomnios, pero menos intensos que los anteriores. Insistí nuevamente en el tratamiento específico con bismúticos, sin querer verificar el examen del líquido; el cual se hizo después de treinta inyecciones de Bismosa ván, el día 18 de noviembre de 1926 con los siguientes resultados:

EXAMEN FISICO

Tensión..... 25 cent. Man. de H. Claud.
Aspecto..... Agua de roca.

INVESTIGACION DE GLOBULINAS

Reacción de Pandy..... Muy ligeramente positiva.
Reacción de Nonne..... Negativa.
Reacción de Noguchi..... Negativa.

DOSIFICACION DE ALBUMINA

0.20 gr. por 1.000 cents. cúbicos.

mente aumentadas (a condición que la primera sea bien tolerada), en inyecciones concentradas intravenosas, sin pasar de 0.90 gr. (Ravaut) o diluidas en bastante cantidad de agua bidestilada (Grinker).

El de las dosis altas hasta 0.015 gr. por kilogramo de peso (Milian). El de las dosis espaciadas y progresivas, hasta 1.20 y 1.80 gr. (Leredde). El intenso de Collins y sus colaboradores, saturando el organismo de arsénico por medio de inyecciones cada dos días.

Las opiniones como se ve, varían en lo que se refiere a dosis; unos se inclinan a las pequeñas y otros como Leredde a las altas, o como Sicard que en uno de sus últimos trabajos expresa que de los sífilíticos nerviosos, los paralíticos generales soportan mejor este compuesto, como lo ha visto en algunas observaciones en que ha llegado a aplicar 1.80 gr. cada cinco días durante un mes y aun más.

Las soluciones se hacen habitualmente en agua bidestilada esterilizada; pero ciertos autores aconsejan las soluciones lactosadas, pues está demostrado que de este modo se atenúa la toxidez del arsénico.

En virtud de que estos procedimientos han sido atacados porque el arsénico no pasa a través de los plexos coroides y por tanto, no llega al tejido cerebral, ha dado origen a otros más o menos ingeniosos como el de Corbus, O'Connor, Lincoln y Gardener llamado de «canalización espinal sin punción raquídea». Se administra una inyección endovenosa de 100 c.c. de cloruro de sodio hipertónico al 15% (12.5% según Brioso Vasconcelos); seis a ocho horas después se inyecta por la misma vía una ampollita de Neosalvarsán. Se funda tal método en que la solución hipertónica favorece la absorción, por el plasma, de cierta parte del líquido céfalo-raquídeo, el cual al reponerse de la sangre lleva alguna cantidad de arsénico.

Otros, queriendo producir una acción más directa y efectiva del arsénico han ideado los métodos de inyecciones intraespinales e intracraneanas.

Los primeros, usados por Sicard, Levaditi, Carrieu, Von Schubert y Nonne, han sido defendidos por Lafora, Juarros, Soto, Ferdyce, Stokes, etc. Marinisco, Robertson; pero particularmente Swift y Ellis iniciaron el uso de un suero preparado *in vivo*, el cual ha sufrido posteriormente muchas modificaciones.

El procedimiento primitivo consiste en aplicar por vía endovenosa una inyección de 0.60 gr. de Salvarsán. A la hora, extraer sangre en suficiente cantidad para obtener 15 c.c. de suero, el que se deja enfriar en hielo por lo menos doce horas, de preferencia en la noche. Al día siguiente se decanta y centrifuga durante treinta minutos; se le agrega solución de cloruro de sodio al 0.9% hasta completar 30 c.c., se inactiva poniéndolo 30 minutos a 56 grados C. y después, previa punción raquídea extrayendo líquido (30 a 40 c.c. según la presión), se inyecta lentamente dentro del canal.

Grinker extrae poco líquido para conservar cierta tensión intraraquídea y de este modo, el medicamento se difunde con mayor facilidad. Los enfermos permanecerán veinticuatro horas acostados y con la cabeza baja.

Otras modificaciones hechas por varios autores a la técnica de Swift se refieren principalmente al tiempo que transcurre entre la inyección de Neosalvarsán y la extracción de sangre. Así, Mc Casquey sólo deja pasar 20 minutos, buscando de esta manera introducir mayor cantidad de arsénico. También es modificada en lo concerniente a la cantidad de solución salina que ha de ponerse, o bien a la supresión de ésta como lo hace Grinker, quien usa el suero sanguíneo puro en cantidad progresiva de 12, 15, 18, 20, 25 hasta 30 c.c.

Estos métodos que impiden conocer la dosis de medicina empleada, han sido substituídos por otros de técnica más segura.

El de Ogilvie, que consiste en agregar al suero preparado conforme a la técnica de Swift y Ellis una cantidad de Neosalvarsán que no pase de 0.001 gr., el de Lufora y su colaborador Escudé, preparados *in vitro* que tienen la ventaja de poder conservarse en ampollitas; los de inyecciones directas intraraquídeas de Neosalvarsán, empleados primero por Wechselman y después por Marinesco, Ravaut, Schubert, Gerich, etc.

También se han empleado procedimientos que tienden a favorecer el paso del arsénico al líquido céfalo-raquídeo, haciendo punciones subaracnoideas sin introducir el medicamento. Tales son los de Gilpin y Von Thurzo. El primero denominado «Canalización céfalo-raquídea», se emplea también para el mercurio. Después de aplicar una inyección intravenosa se extraen 20 a 40 c.c. de líquido. Algunos aconsejan hacer primero la extracción que se repetirá una vez por semana.

Popularizado por Dercum y sus colaboradores, se funda en que no pudiendo atravesar los plexos coroides — como lo ha demostrado Goldman — el arsénico o el mercurio debido a la igualdad de presión que normalmente existe entre la sangre y el líquido, y este paso sólo llega a hacerse por ósmosis, al romperse la presión, los medicamentos que se encuentran en la sangre, pasan al canal cuando el líquido se forma a expensas de ésta. Barbot en 26 casos, encontró arsénico en 23 y Riéger y Solomon sólo lo hallaron en 38, entre 123 examinados.

Von Thurzo, después de una inyección intravenosa de Neosalvarsán o Neosilbersalvarsán sola o combinada con Novasurol hace insuflación endolumbar. Extrae 30 a 40 c. c. de líquido e introduce aire en el canal. La insuflación provoca ligero proceso inflamatorio en las meninges, lo que según el autor, favorece la absorción del arsénico circulante en la sangre.

En cuanto a los métodos intracraneos (Hammond, Sharpe, Cotton), introducidos por Wadner, hacen penetrar el medicamento a los ventrículos

laterales o al espacio subdural del cerebro, lo cual se consigue por trepanaciones o punción cerebral a través de la órbita (Bériel y Durand). Levaditi y Martell han efectuado la trepanación parietal bilateral para inyectar suero salvarsanizado de conejos.

Estas son las principales formas en que se ha usado el Salvarsán y el Neosalvarsán, pero especialmente el último, en la Parálisis General Progresiva. Todas ellas han tenido sus defensores y sus opositores; pero la práctica que con el tiempo se ha adquirido, ha venido a demostrar que los arsenicales no curan la Parálisis General; que si bien es cierto algunas veces, sobre todo en períodos no avanzados, favorecen ciertas remisiones, en cambio en la mayoría de los casos la precipitan, como se ha visto en numerosas observaciones; y en contra de las opiniones de Leredde, Sicard y otros, los paralíticos generales tienen particular susceptibilidad a esta terapéutica y algunos verdadera intolerancia. Más accidentes que beneficios se han obtenido; y los que poco han estado en contacto con neurosifilíticos y sólo se guían por las lecturas de opiniones más o menos fogosas, en las que se ataca la timidez del médico y se le aconseja que obre con energía, implantan en el primer caso que se les presenta la terapéutica aconsejada y reciben a menudo sorpresas desagradables. Sicard, Pactet y Bonhomme citan casos de muertes después de una inyección, producidas por las intensas reacciones de Herxheimer que se han presentado. He tenido conocimiento de casos semejantes, sobre todo cuando se emplean dosis altas y concentradas, pues si teóricamente a mayor cantidad mayor efecto, en la práctica no se observa tal cosa. Las dosis débiles, bien es cierto que aumentan la tolerancia del treponema hasta cinco veces y media al arsénico, pero por lo menos producen pocos accidentes.

Esto ha hecho que varios autores aconsejen la prudencia del tratamiento del Neosalvarsán, pero no la abstención, aun en casos de ictus, sino sólo cuando circunstancias muy graves lo reclaman.

El Neosalvarsán no sólo origina los perjuicios que acabo de señalar, sino que se le ha acusado de muchos otros accidentes, entre ellos, recrudecer la atrofia óptica cuando empieza, producir neurorecidivas, etc., etc., y en cambio de no beneficiar a los pacientes.

En cuanto a los métodos intraraquídeos directos, en vista de los desagradables accidentes ocasionados (paraplejías, parálisis esfinterianas, etc.) han sido condenados por Corbus, Gordon, Sachs, Strauss y Kaliski. Babonneix a este respecto afirma que: «los métodos intraespinales de productos treponemicidas deben ser proscritos, pues por beneficios problemáticos hacen correr al enfermo graves peligros».

Los intracraneanos que en concepto de Ayer, — quien hizo 250 punciones intraventriculares en 28 paralíticos generales — son muy superiores

a los intrarraquídeos ya que el medicamento llega a todas las regiones del cerebro, Lafora sólo los justifica «en los casos de incomunicación de las cavidades subaracnoideas craneal y espinal y cuando la terapéutica intrarraquídea no da resultado sobre procesos sífilíticos intracraneales». No obstante tales opiniones, la mayoría de los autores los consideran muy nocivos y peligrosos, por lo que aconsejan no se empleen.

Por mi parte, tengo la convicción de que el Neosalvarsán es más perjudicial que benéfico en cualquier forma que se administre; pero especialmente a altas dosis y en soluciones concentradas, pues he tenido oportunidad de ver numerosos accidentes y uno de ellos mortal.

Además, pacientes tratados por los procedimientos más intensos, entre otros, recuerdo a uno a quien se le pusieron más de sesenta inyecciones de dosis débiles, pero diarias, por vía intravenosa, que no fueron eficaces para atacar o detener la evolución fatal de su dolencia y así otros casos más.

El método de Corbus, O'Connor, Lincoln y Garner preconizado entre nosotros por Brioso Vasconcelos (6) por Torres Luquín (7) no ha sido para mí demostrativo en su eficacia, y en cambio, he observado que produce intensas y rebeldes cefaleas que hacen sufrir extraordinariamente a los enfermos.

En observaciones hechas por mí tratando paralíticos generales con Neosalvarsán intravenoso, nunca he pasado de la dosis de 0.60 gr. y me he rodeado de toda clase de precauciones: examen de orina antes de comenzar el tratamiento; purgante o enema al enfermo el día de la inyección; aplicarla en ayunas y diez a quince minutos antes otra de cloruro de adrenalina de $\frac{1}{2}$ a 1 c.c. en solución de 1 por 1,000; finalmente dejar al paciente dos o tres horas acostado con la cabeza baja después de la inyección y sin alimento hasta el siguiente día.

Siempre he empezado con dosis de 0.15 gr. observando la susceptibilidad individual y repitiendo dos veces la misma cantidad hasta llegar a 0.60 gr. para completar 2.25 a 3 gr. por serie. El intervalo entre dos inyecciones lo dejaba de cinco a seis días.

La siguiente lista representa la técnica que he seguido:

1ª	Inyección de 0.15 gr. en 5 c.c. de agua destilada
2ª	" " 0.15 " " " " " " " "
3ª	" " 0.30 " " 10 c.c. " " "
4ª	" " 0.30 " " " " " " " "

(6) —Brioso Vasconcelos A.—Tratamiento de la Neurosífilis.—México, 1924

(7) —Torres Luquín P.—Breves consideraciones acerca del procedimiento de Corbus O'Connor, Lincoln y Garner para el tratamiento de la Neurosífilis. México, 1924.

5ª	Inyección de 0.45 gr. en 20 c.c. de agua destilada
6ª	« « 0.45 « « « « « « « «
7ª	« « 0.60 « « « « « « « «
8ª	« « 0.60 « « « « « « « «

En 27 paráliticos generales tratados por Neosalvarsán y cuyo estudio detenido se encuentra en anterior publicación, obtuvo los siguientes resultados:

Ninguno.....	en 12 casos (45%)
Mejoría al principio.....	« 4 « (15%)
Ligera mejoría.....	« 2 « (7%)
Remisión parcial.....	« 3 « (11%)
Remisión completa.....	« 6 « (22%)

Para mayor claridad presento un cuadro de tratamientos y resultados, donde al mismo tiempo he colocado algunos casos tratados por Sulfarsenol y Musclarsenol. Como puede apreciarse, algunas remisiones clínicas coincidieron con modificaciones favorables de las reacciones de laboratorio (8); pero casi todas se presentaron en enfermos en período de principio o en período de estado.

Estas observaciones obtenidas del año de 1921 a 1924 en que las publiqué por primera vez, sólo me dieron un total de seis pacientes con remisión clínica completa, es decir, seis casos en que los enfermos volvieron al trabajo y a la adaptación social.

En los que se observó remisión parcial o ligera mejoría, pocos regresaron a su vida anterior y los que lo hicieron, no estaban capacitados para trabajar.

En un principio, estos resultados fueron alentadores para mí y abrigué la esperanza de una posible curación o siquiera de una mejoría persistente; pero en el tiempo transcurrido desde entonces y en los casos que he podido seguir, he visto que los enfermos recayeron y todos han muerto por la evolución de la meningo-encefalitis.

Animado por el procedimiento de aplicar el Neosalvarsán directamente al sistema nervioso, lo estuve usando a la dosis de 0.001 a 0.003 gr. sin pasar nunca de esta cantidad. Para su aplicación tomaba las mismas precauciones que para las inyecciones intravenosas y lo introducía en 5 c.c. de líquido céfalo-raquídeo previamente aspirado.

(8) — Los exámenes de laboratorio han sido practicados en estas observaciones y en todas las que señalo en el presente trabajo, unos por el Dr. Andrés Martínez Solís y otros por el Dr. Luis Gutiérrez V.

Apliqué alrededor de cincuenta inyecciones y si bien es cierto que aquí como en las endovenosas no tuve ningún accidente o complicación desagradable, en cambio tampoco ningún buen efecto.

En conclusión de todo lo expuesto, opino que el empleo del Salvarsán y del Neosalvarsán en la Parálisis General Progresiva, en cualquiera de los métodos aconsejados, debe quedar proscrito definitivamente, puesto que por observaciones numerosas se ha visto que ha originado grandes perjuicios no compensados con sus beneficios relativos, ya que no se han obtenido resultados francamente satisfactorios.

Los siguientes arsenicales de que me voy a ocupar han sido menos usados que el Salvarsán y el Neosalvarsán y, a mi modo de ver, tienen los mismos inconvenientes que éstos, por lo que creo inútil referirlos nuevamente y sólo me voy a concretar en señalar lo más característico de cada uno de ellos.

Triparsamida.—(Sal sódica de N-Fenilglicinamida-p ácido arsénico).

Obtenida en los laboratorios del Instituto Rockefeller de Nueva York, trajo en un principio, como todos los medicamentos nuevos, grandes entusiasmos y esperanzas para el tratamiento de la neuro-sífilis.

Se le han señalado como ventajas su potente acción treponemicida y su neurotropismo marcado, pues «The United States Public Health Service» comprobó experimentalmente que tiene un poder de penetración en los tejidos muy superior al del Salvarsán y del Neosalvarsán y que modifica las reacciones de la sangre y del líquido céfalo-raquídeo, llegando a hacerlas negativas.

Este preparado, que contiene 25.32% de arsénico, se aplica a la dosis de 2 a 3 gramos por vía endovenosa, diluido en agua destilada, una vez por semana y con las mismas precauciones que para el Neosalvarsán.

Lorenz, Laevenhart, Beckwenn y Hodges de la Universidad de Wisconsin obtuvieron favorables resultados en 54 parálisis generales, usándolo en combinación con terapia mercurial. Aplicaban una ampollita de 3 gr. en 10 c.c. de agua bidestilada por semana, hasta completar ocho. Tres días antes de cada inyección administraban otra con un gramo de salicilato de mercurio intramuscularmente. Después de un descanso de cinco a ocho semanas hacían otro tratamiento igual.

De los 54 casos, 28 enfermos volvieron al trabajo y permanecieron bien, algunos, hasta dos años y el que menos, seis meses.

Ruys obtuvo buenos resultados en sus enfermos y Wile y Wieder en 85 neurosifilíticos, encontraron 30% de mejoría clínica.

Wolfshen y Leiva señalan sus benéficos efectos aunque acompañados

de pequeñas molestias. Lo han aplicado en series de ocho inyecciones en solución hipertónica de cloruro de sodio al 30%.

Por otra parte, Dawson (9) en 20 enfermos no ha obtenido mejor resultado que con otros arsenicales y Lacapère y Laurent opinan que sus efectos no son superiores a los obtenidos con bismuto. Otros autores menos optimistas aun, como Simon, afirman que su acción es nula en la enfermedad de Bayle.

Por último, debido a los numerosos accidentes a que ha dado origen por las lesiones oculares que produce, como lo han demostrado Solomon, Biets y otros muchos autores, ha hecho que Stokes sólo lo aconseje como último recurso con la precaución de suspenderlo inmediatamente que se presenten los primeros trastornos oculares. Grinker opina que por sus perniciosos efectos sobre los nervios ópticos debe desecharse, lo que me parece justo, pues es un medicamento que si ha producido ligeras mejorías en algunos casos, no han sido compensadas con los muchos accidentes que ha originado, no sólo como se pensaba al principio en los casos de neuritis ópticas ya iniciadas, sino produciendo lesiones inexistentes. Por tales motivos me he abstenido de usarlo en la Parálisis General Progresiva y pienso que debe abandonarse definitivamente.

Silbersalvarsán.—(Silberarsfenamina).—Se le ha señalado como sustituto ventajoso del Salvarsán y del Neosalvarsán cuando estos no son tolerados o provocan fuertes reacciones, pues si bien es cierto que contiene dos terceras partes menos de arsénico, el 12.7% de plata que encierra, lo hace doble o triplemente más activo. Se aplica en series de ocho a quince inyecciones en dosis de 0.15, 0.25 y 0.30 gramos. Karkls Stein aconseja disolverlo en 3 c.c. de agua esterilizada caliente y una vez hecha la dilución ponerla en una jeringa de 10 c.c. con objeto de aspirar sangre de la vena con la propia jeringa hasta llenarla, para que de este modo al introducir el medicamento en el torrente circulatorio, se acompañe de los albuminoides de la sangre y se reduzca su toxidez.

El procedimiento de Von Thurzo insuflando aire dentro del canal raquídeo lo mencioné al hablar del Salvarsán y del Neosalvarsán.

Neosilbersalvarsán.—(Combinación molecular de Silbersalvarsán sódico y Neosalvarsán).—Su actividad terapéutica está aumentada y reforzada con relación al Neosalvarsán pues 0.30 gr. de Neosilbersalvarsán corresponden a 0.45 de Neosalvarsán y aunque tiene un poder curativo

(9) —Dawson W. S. —La triparsamida en la Parálisis General. —Lancet. —dres, agosto 1925.



menor que el Silbersalvarsán para dosis iguales, su toxidez es más reducida y casi no ocasiona síntomas angioneuróticos como el primero. El índice quimioterápico es aproximadamente el mismo.

Se le atribuye gran poder de penetración y afinidad especial para los treponemas que destruye y, por tanto, ha sido muy recomendado en los tratamientos cortos o largos de la Parálisis General Progresiva.

La cantidad que ha de inyectarse varía según el caso; pero lo ordinario es en las siguientes dosis: 0.2, 0.3, 0.4 y 0.45 gr. guardando un intervalo de cuatro a cinco días entre cada inyección.

Este compuesto como el anterior está contraindicado en las afecciones del corazón, aortitis, aneurismas, nefritis y padecimientos graves del hígado.

Sulfarsenol.—(Sulfarsfenamina).—También se le atribuyen mayores ventajas que al Salvarsán y al Neosalvarsán: estabilidad, poca acción tóxica penetración en los tejidos, no obstante que sólo contiene 22% de arsénico, etc. Se aplica por vía intravenosa o intramuscular en series de 10 ampollitas empezando por 0.06, continuando con 0.12, 0.18, 0.24, 0.30, 0.48 hasta llegar a 0.60 gr. y con intervalos de tres a siete días entre dos inyecciones.

Carl Veogtlin lo considera como un poderoso rival del Neosalvarsán; pero Hallonin de Boston le atribuye la producción de lesiones renales después de siete a ocho inyecciones, cosa que ha observado en numerosos de sus enfermos.

En la Parálisis General Progresiva poco he usado este compuesto y los casos en que con más regularidad lo he empleado están señalados en el cuadro anterior. El paciente 1H. después de 2.40 gr. de medicamento entró a una remisión clínica completa. Por desgracia perdí de vista al enfermo y no he sabido cual ha sido su evolución.

Acetylarsán.—(Paroximeta acetilamino-fenilarsinato de dietilamonio).—Desde Mahoux (10). se han venido haciendo elogios de este arsenical que es fácilmente aplicable y muy bien tolerado por los enfermos; sin embargo, aunque se señalan casos de neurosífilis mejorados, con modificaciones del líquido céfalo-raquídeo, en la Parálisis General Progresiva se tiene poca experiencia y aun no se puede dar una opinión categórica.

Estovarsol.—Sézary y Barbé lo han usado en inyecciones intravenosas de 1.50 gr. hasta completar un total de 22 gr. y lo recomiendan como ventajoso.

Otros Arsenicales:—ATOXIL (Sal monosódica del ácido para-amino-fenil arsínico).—ARACESINE (derivado acetil del Atoxyl); GALYL.—(combinación con ácido fosfórico). Todos ellos y otros como el Musclarsenol, el Neo-Treparsenan, etc., etc., o han sido poco usados en la Parálisis

(10)—Mahoux.—Le Traitement de la Syphilis par l'Acetylarsán.—Toulouse, 1293.

General Progresiva o han sido abandonados, ya por sus ineficaces efectos, ya por ser nocivos como el Atoxyl que en la época que estuvo de moda produjo numerosas amaurosis por atrofia óptica.

No quiero terminar sin exponer que a mi juicio la terapéutica de los arsenicales, como medicación específica de la Parálisis General Progresiva, debe abandonarse y pase a formar un capítulo en la Historia de la Medicina.

2.—BISMUTADOS

Cuando Sazérac y Levaditi demostraron la potente acción treponemici-
cida del bismuto, se abrió un nuevo camino en el tratamiento de la sífilis
y en especial de la neurosífilis, al comprobarse que este producto y sus
compuestos tienen la propiedad de llegar al líquido cerebro-espinal pasando
a través de los plexos coroides (Sazérac, Levaditi Victoriano Pérez (11),
etc). Los estudios de A. Marie, Foucarde, Jaloustre, Lama y otros, son re-
veladores de su eficaz acción en algunos casos de enfermedad de Bayle,
aplicados de preferencia en su principio y así lo expresan claramente Ma-
rie y Foucarde cuando dicen: «su papel es utilísimo sobre las lesiones go-
mosas y vasculares y en los casos de comienzo de la Parálisis General».

Los preparados de esta índole son numerosos: «Muthanol» (Óxido de
bismuto); «Trepol» (tartrobismutato de potasio y sodio); «Neo-Trepol»,
(Bismuto puro precipitado); «Quimby» (Quinino bismuto); «Bismhydral»;
«Bismuthoidol», Yodo Bismuto Ercé; «Bismuproteol»; «Bismosalván», «Bis-
meol», «Treposán», «Bismogenol», «Staphylothanol», etc, etc. A todos
ellos se les atribuye ventajas por su cantidad en bismuto, por llevar otro
medicamento asociado, por provocar pocos accidentes y por tal cantidad de
cualidades que su simple enumeración sería en extremo larga. En general,
son susceptibles de producir en mayor o menor grado todos ellos, estoma-
titis, nefritis y estados de depresión además de otros síntomas de intoxicación
bismútica.

En su mayoría son compuestos insolubles cuya absorción está sujeta a
las mismas circunstancias que la de los similares de mercurio, es decir,
hacerse irregularmente, ya con lentitud, ya con rapidez, lo que se ha de-
mostrado por la curva que sigue su eliminación; en ocasiones se enquistan
en los tejidos y permanecen así mucho tiempo, pues radiografías tomadas
de regiones donde se han inyectado, revelan opacidades circunscritas. Los

(11)—Victoriano Pérez.—Tesis Recepcional.—México, 1923.

«He comprobado la presencia del bismuto en el líquido después de tres ho-
ras de aplicada una inyección de bismuto usando el reactivo de Leger mo-
dificado por Pierre Aubry»

preparados coloides tienen la ventaja de aplicarse por vía endovenosa o intramuscular y en este caso no se enquistan haciéndose su eliminación de manera muy regular.

Desde que los primeros preparados llegaron a México los empezamos a usar y los siete primeros casos de Parálisis General Progresiva en que encontramos mejoría clínica y de laboratorio los publiqué oportunamente. Cuando referí tales observaciones terminaba diciendo: «No queremos interpretar por el momento ni mucho menos hacernos partidarios de este u otro tratamiento sino hasta que se vea de una manera precisa su eficacia. Por ahora sólo observamos lo que la Clínica y el laboratorio nos van demostrando».

Ahora bien, durante el tiempo transcurrido desde entonces, que es de cuatro años, he podido seguir a casi todos los pacientes, por lo que me veo precisado a referir brevemente estos casos, señalando en cada uno su evolución:

Primer caso - C. S. D.— Parálisis General Progresiva de forma expansiva en período de estado.

Signos de laboratorio antes del tratamiento:

En la sangre, Wassermann y Hecht-Weimberg: Intensamente positivas.

Se le somete a tratamiento arsenical sin resultado, pues empeora y baja de peso; se le aplican catorce inyecciones de Trépol y desde la tercera se observa mejoría, por lo que sale del sanatorio donde se encontraba recluido pues presenta remisión y sigue siendo tratado en su casa por el Dr. R. V. Ramírez. Vuelve al trabajo.

Los signos de Laboratorio a pesar de la mejoría clínica persisten intensos, con excepción de los de la sangre, los cuales revelan:

Wassermann, debilmente positiva; Hecht-Weimberg, Positiva.

Líquido céfalo-raquídeo: Tensión aumentada; Nonne Appelt y Pandy positivas; albúmina 0.60 gr. por 1,000 c.c.; Wassermann, con 0.5 y con 0.2 c.c.: Positivas Intensas;

Lange, 5. 5. 5. 5. 5. 4. 3. 2. 1. 1.

Este enfermo duró con remisión más de un año durante el cual se le siguió aplicando el tratamiento bismútico pero después recayó volviendo a ser internado y murió en período demencial y por caquexia.

Segundo caso.—B. G. P.—Parálisis General Progresiva de forma hipcondriaca en período de estado.

Exámenes del Laboratorio antes del tratamiento:

En la sangre, Wassermann y Hecht-Weimberg: Intensamente positivas.

En el líquido céfalo-raquídeo; Nonne Appelt y Pandy: Positivas.
 Albúmina 0.50 gr. por 1,000 c.c.

Wassermann y Jacobsthal: Intensamente positivas.

Es tratado por arsenicales sin ningún resultado. Se le aplican ocho inyecciones de Trépol y mejora, por lo que su familia pide se le dé de alta del Sanatorio; pero sigue siendo tratado por el Dr. Luis A. García, quien le pone varias inyecciones más.

Después de diez y ocho ampolletas de Trépol entra en remisión y lleva una vida social y de trabajo durante mucho tiempo. Los exámenes de la sangre revelan:

Wassermann: Positiva intensa; Hech-Weimberg: Positiva

La remisión de este enfermo duró cerca de dos años, durante los cuales se manejó debidamente en el hogar y pudo ocuparse de sus negocios. No se le dejó de tratar por bismúticos; pero recayó a principios de este año y lo estuve atendiendo hasta que murió por un ictus en pleno período demencial.

Tercer caso.—F. B.—Parálisis General Progresiva de forma paranoide en período de estado. Diecisiete años antes tuvo manifestaciones cutáneas sífilíticas y fué tratado por mercurio.

Exámenes de Laboratorio antes del tratamiento:

En la sangre, Wassermann y Hecht-Weimberg: Positivas intensas.

Se le trata por Neosalvarsán sin resultado, por lo que se le aplican diecisiete inyecciones de Trépol de 2 c.c. cada una. Mejora clínicamente.

Exámenes de Laboratorio después del tratamiento:

En la sangre, Wassermann: Negativa; Hecht-Weimberg: Positiva.

En el líquido céfalo-raquídeo: Tensión aumentada, Nonne Appelt y Pandy: Positivas; Albúmina 0.60 gr. por 1,000 c.c.; 18 linfocitos por 1 m. mc.; Wassermann con 1 c.c., positiva intensa y con 0.2, negativa; Lange. 2. 3. 4. 4. 3. 3. 2. 0. 0.

El enfermo volvió a ocuparse de sus trabajos perfectamente bien. Rehusó el tratamiento que tratábasele de imponer y estando en plena remisión murió a consecuencia de una operación quirúrgica.

Cuarto caso.—Sra. A. G. P.—Parálisis General Progresiva de forma melancólica en período de estado.

Exámenes del Laboratorio antes del tratamiento:

En la sangre, Wassermann: positiva; Hecht-Weimberg: positiva intensa.

Se le aplican doce inyecciones de Muthanol y se observa gran mejoría clínica y en la sangre las reacciones de Wassermann y Hecht-Weimberg dan resultado positivo.

Por estomatitis se suspende el tratamiento. Después se le ponen cuatro inyecciones de Trépol de 2 c.c., se hace examen de la sangre y se obtiene Wassermann: Negativa y Hecht-Weimberg: Positiva.

Después se le aplican nuevamente tres ampollitas de Muthanol y tres de Trépol; pero se suspende el tratamiento definitivamente por estomatitis intensa y es substituído por arsenicales, con malos resultados pues la enferma agravó considerablemente.

Se le levó fuera de México y no he vuelto a saber nada de ella.

Quinto caso.—E. M. C.—Parálisis General Progresiva de forma expansiva, en período de estado. Fué tratado antes, y durante varios años, intensamente por arsenicales y mercuriales, debido a sífilis visceral y cutánea; más no obstante, se le desarrolló la enfermedad de Bayle.

Exámenes de Laboratorio antes del tratamiento.

En la sangre, Wassermann: positiva intensa.

Se le aplican ocho inyecciones de Trépol de 2 c.c. y mejora bastante llegando casi a desaparecer sus estados de excitación.

Examen de la sangre después del tratamiento: Wassermann, negativa; Hecht-Weimberg, positiva.

Las reacciones del líquido dieron en el curso del tratamiento el resultado siguiente:

Tensión aumentada; Nonne Appelt y Pandy: Positivas; Albúmina, 0.32 gr. por 1,000 c.c.; 110 linfocitos por 1 m. mc.; Wassermann con 1 c.c. y con 0.2 c.c.: Positiva intensa; Lange, 1. 2. 3. 4. 4. 4. 3. 3. 1. 0.

El enfermo fué llevado a Alemania y no he vuelto a saber más de él.

Sexto caso.—E. G.—Parálisis General Progresiva, en período demencial, con gatismo y paresia de los miembros inferiores.

Exámenes de Laboratorio antes del tratamiento.

En la sangre, Wassermann y Hecht-Weimberg: Intensamente positivas.

En el líquido céfalo-raquídeo; tensión aumentada; Nonne Appelt y Pandy: Positivas; Albúmina 0.40 por 1,000 c.c.; 26 linfocitos por 1 m. mc.; Wassermann practicado con 1 c.c. de líquido: Positiva intensa y con 0.2 c.c.: Positiva débil.

Lange 5. 5. 4. 4. 3. 3. 2. 1. 0. 0.

Se le pusieron once inyecciones de 2 c.c. de Trépol y hubo ligera mejoría clínica, pues desapareció el gatismo y disminuyó mucho la paresia de los miembros por algún tiempo.

El paciente murió, seis meses después de publicado lo anterior, a consecuencia de la evolución de su enfermedad.

Séptimo caso. —G. G. T. Parálisis General Progresiva de forma demencial, en tercer período. Fué tratada anteriormente al desarrollo de la meningo-encefalitis por arsenicales y mercuriales.

Exámenes de laboratorio antes del tratamiento.

En el líquido céfalo-raquídeo: Nonne Appelt y Pandy, Positivas,

Albúmina, 0.80 gr. por 1,000 c.c.; 26 linfocitos por 1 m. mc.;

Wassermann con 1 c.c. y con 0.2 c.c.: Positivas intensas;

Lange 5. 5. 5. 5. 5. 4. 3. 9. 0. 0.

Se le pusieron doce inyecciones de Trépol y sólo se consiguió que aumentara de peso.

Este enfermo salió del Sanatorio y no he tenido noticias suyas posteriormente.

Después de estas primeras observaciones — que como puede apreciarse, en los casos más favorables — sólo presentaron mejorías transitorias; para volver a tener recaídas que han llevado a casi todos los enfermos que pude seguir observando, a la muerte, y con objeto de ampliar más mis estudios acerca de los tratamientos bismúuticos en la Parálisis General Progresiva, pude reunir un total de 33 observaciones que también publiqué hace algún tiempo.

El cuadro sintético de resultados y tratamientos que aquí adjunto resume los casos por mí estudiados.

La técnica y precauciones que seguí fueron las siguientes:

Examen de orina y arreglo de la dentadura antes de empezar el tratamiento; inyección en la parte súpero externa de la región glútea, teniendo cuidado de no introducir el medicamento en un vaso. Una o dos ampolletas por semana, empezando con $\frac{1}{2}$ c.c. o con 1 c.c. sin pasar de 2 c.c.

Serie de doce inyecciones por cada tratamiento. Descanso de uno a dos meses. Los compuestos usados fueron Trépol, Neo-Trépol y Químby y a pesar de las medidas tomadas hubo del primero, diez enfermos con estomatitis (59%) y del segundo 85%.

Se presentaron varias remisiones clínicas y de laboratorio. Los resultados clínicos fueron en diecisiete enfermos tratados por Trépol.

Ninguno.....	en 8 casos	(47%)
Ligera mejoría.....	" 6 "	(35%)
Remisión parcial.....	" 2 "	(12%)
Remisión completa.....	" 1 "	(6%)

En trece enfermos tratados por Neo-Trépol:

Ninguno.....	en 2 casos	(15½%)
Mejoría al principio.....	" 2 "	(15½%)

Ligera mejoría.....	en 3 casos	(23 %)
Remisión parcial.....	" 3 "	(23 %)
Remisión completa.....	" 3 "	(23 %)

Como se ve, se obtuvieron mejores resultados con el Neo-Trépol que con el Trépol, no obstante ser menor el número de pacientes.

Los enfermos a quienes he podido seguir, han muerto en su mayoría por la evolución de la Parálisis General dentro de períodos de tiempo más o menos largos.

De todos modos creo que de los tratamientos específicos que deben implantarse en la Parálisis General, están los bismúuticos, pues ocasionan menos accidentes y perjuicios que otros; tienen menor número de contraindicaciones y favorecen mejorías en algunos enfermos. A pesar de que he observado casos muy elocuentes, no tengo la pretensión de creer que hayan sido originados exclusivamente por el tratamiento, sino que éste ha venido a favorecer la evolución propia del mal que sigue en algunos casos (remisiones) y a las condiciones higiénicas y de terapéutica sintomática que se emplearon. Tales casos sólo se han presentado en períodos no muy avanzados de la dolencia.

No es mi opinión igual que en los casos preclínicos, donde ya he manifestado que sí creo se pueden obtener curaciones al tratar de este asunto para no insistir más.

En la actualidad las preparadas bismúuticos de elección y a los cuales estoy acudiendo, son los coloides por las ventajas que antes señalé, ya usándolos aisladamente, ya en combinación con algunos métodos de Piretototerapia.

Acerca de los resultados hasta hoy obtenidos, espero mayor número de observaciones y mayor transcurso de tiempo para darlos a conocer.

(Continuará).

TRABAJO DE CONCURSO

TRATAMIENTO DE LA PARALISIS
GENERAL PROGRESIVA.Lema: *Intellectus unus et omnibus.*

POR EL DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO.

(Concluye)

3. MERCURIALES.

Habiendo sido el mercurio un eficaz específico hace años en el tratamiento de la sífilis, se fué abandonando y llegó a despreciarse de tal modo que Dupré decía al comentar su acción terapéutica sobre la Parálisis General: "No he visto jamás el beneficio, he comprobado algunas veces la inocuidad; pero he observado a menudo sus inconvenientes y peligros".

En los últimos años se ha vuelto a recurrir a él, pero no en la forma de píldoras, cucharadas o uncciones, que si en otras formas de sífilis pueden ser benéficas, no lo son en la Parálisis General. Las inyecciones de aceite gris o cammelanos, como todas las sales insolubles, son en concepto de Gaucher: "Una herejía farmacológica; método ciego que expone a graves accidentes."

Se usan especialmente los compuestos solubles de benzoato, cianuro y biyoduro, de preferencia por vía endovenosa, y además numerosos preparados que han inundado el comercio y cuya ventaja es su buena dosificación. Se les ha aplicado en la Parálisis General Progresiva combiniéndolos con el arsénico y con los métodos de Piretoterapia.

Existen procedimientos especiales intra-raquídeos, como el de Byrnes, adicionando al suero pequeñas cantidades de cianuro de mercurio, el de Laubmann en que se inyecta mercurio hasta la mayor tolerancia, después se toma suero sanguíneo y se le agrega benzoato de mercurio y solución salina; y otros más, tales como los de Livingston y de Lafora, todos derivados del de Swift y Ellis.

Hay sueros heterólogos de caballos, el de la casa Mulford por ejemplo, que se prepara según la técnica de Byrnes.

Se ha empleado también el procedimiento de Gilpin de la "canalización del líquido céfalo-raquídeo", cuya técnica la mencioné al hablar de los arsenicales.

Por mi parte, he visto la poca o ninguna utilidad de los mercuriales en la Parálisis General no obstante que algunos, como el Enesol y el Saligran han sido muy elogiados para esta dolencia y otras manifestaciones de neurosífilis; pero en cambio se consignan en la literatura médica accidentes y complicaciones que he tenido ocasión de observar en la práctica. Tales son la depresión psíquica, las nefritis, las estomatitis y los trastornos digestivos.

Pienso como Grinker que los casos graves o muy avanzados, en que -- es difícil usar otra terapéutica, se apliquen sales solubles, pero con cautela y vigilancia.

He tenido muy mala impresión de las inyecciones intra-raquídeas tan aconsejadas por Lafora, pues en los casos en que las he aplicado o visto aplicar, siempre he observado accidentes. En un enfermo con tabo-parálisis lo empeoraron considerablemente y le apresuraron la muerte; en otro produjeron una paraplegia que duró más de dos meses; y en otros, cefaleas intensas y dolores acentuadísimos en los miembros inferiores.

Por todo esto llego a la conclusión que, prescindiendo definitivamente de los métodos intra-raquídeos, los mercuriales tienen aplicación muy restringida en la Parálisis General Progresiva, ya usados aisladamente ya asociados a otra terapéutica y que esto ha de hacerse con verdadero sentido clínico, pues de lo contrario más vale observar el viejo precepto: **Melius non nocere.**

4 --Y O D U R A D O S

El yodo y sus compuestos —cuya aplicación en Medicina ha sido muy anterior a 1811, época en que Courtois lo aisló, pues antes de la Era

Cristiana, los chinos lo usaban y después los médicos de la Edad Media—se preconizaron con todo ardor en el tratamiento de la sífilis, años atrás, en las manifestaciones terciarias y aún en las cuaternarias de Fournier.

Su efecto treponemocida no ha sido claramente comprobado no obstante que Simón (12) y otros se inclinan a aceptarlo; pero en cambio sus compuestos tienen acción resolutive sobre las gomas y otras lesiones lúeticas por su papel "fundente", motivo que ha originado explotaciones inicuas por charlatanes.

Sabido es que de los yoduros, el único que tiene cierto efecto en la sífilis es el de potasio y en la Parálisis General Progresiva se aconseja por Devota, Grinker y Jelliffe, quienes lo han administrado a altas dosis.

Se recomienda en cantidad de 2 a 4 gr. en veinticuatro horas, diluído en agua o en leche y tomado después de las comidas.

Grinker justifica su empleo pues "favorece la absorción de los procesos inflamatorios ocasionados por la actividad del treponema".

Recientemente los norteamericanos lo están empleando en inyecciones intra-raquídeas y, como en toda terapéutica de moda, ya señalan buenos resultados.

Collins, Weisenburg y Cotton lo rechazan.

En dosis altas, he visto que provoca en los meningo-encefalicos hipersecreciones mucosas muy molestas.

Sólo lo empleo como medicamento sintomático y en este sentido más adelante señalo sus indicaciones.

B.-TRATAMIENTO NO ESPECIFICO. (PIRETOTERAPIA).

La Piretoterapia constituye una forma de terapéutica relativamente reciente, hasta cierto punto empírica, que se ha introducido en el tratamiento de la neurosífilis y en particular de la Parálisis General Progresiva, teniendo como punto de partida numerosos hechos de observación. En efecto, Nasse en 1870 describió por primera vez las remisiones que sobrevenían en algunos paralíticos generales después de una infección natural de paludismo. Más tarde, en 1874 Rosenblum inoculó fiebre recurrente a diversos enfermos mentales y obtuvo más de 50% de mejorías

(12)—Simón Clemente.—El Yodo en el Tratamiento de la Sífilis.—Le Mon. Med.—Oct. 15—Nov. 1—1925.

(seguramente la mayoría era de neurosifilíticos); pero en realidad, quien fijó la atención sobre esta terapéutica y cuyas observaciones clínicas son dignas de encomio ha sido Warner Von Jauregg quien señaló que: "cuando se desarrolla una enfermedad infecciosa, fiebre tifoidea, paludismo, erisipela, etc., contemporánea al principio de la sífilis, parece hacer refractario al sujeto a las manifestaciones nerviosas de las lúes; y que cuando una enfermedad infecciosa sobreviene en el curso de la Parálisis General Progresiva, sobre todo al principio, es susceptible de ocasionarle remisión".

El propio clínico y Mattauscheck encontraron que en 5.000 soldados que padecieron sífilis, de los años de 1880 a 1890, 5% era de paralíticos generales; pero que estos no tenían antecedentes de enfermedades febriles anteriores y en cambio los demás sí.

Por otra parte, se ha visto que en los países tropicales, la Parálisis General es menos frecuente y en cambio el paludismo y la fiebre amarilla son endémicas. Mühlens nos refiere que en las regiones palúdicas del norte de la Argentina las enfermedades metalúéticas (Parálisis General y Tuberculosis dorsal) son rarísimas.

Por estas circunstancias, desde el año de 1917 y encabezada por Wagner, se ha venido practicando la Piretoterapia en la Parálisis General Progresiva, valiéndose para ello de numerosos medios: paludismo (*Plasmodium vivax*) por Mühlens, Weygandt, Kirchbaum en Hamburgo, Delgado en Perú y Merzbacher en la Argentina; fiebre recurrente por Plaut y Steiner en Munich etc., etc. En la actualidad el método se ha generalizado por todo el mundo y la literatura sobre el particular es amplísima. La manera de producir calentura no sólo ha sido provocando infecciones febriles, sino por otros medios como la trementina, los lipoides, la leche, las vacunas, etc. (choque hemoclásico de Widal), lo cual ha venido a modificar el precepto en medicina, instituido por Grasset que dice: "es menester a menudo respetar la fiebre, tratarla algunas veces, **provocarla raramente** y vigilarla siempre". En cambio, destruye el concepto de Liebmeyer que la ve "como un enemigo a quien hay que combatir siempre" y nos vuelve hacer observar el consejo de Gages y Roger: "todo el arte del médico instruido es saber servirse de la fiebre".

Pero ¿cómo obra la fiebre en la Parálisis General Progresiva y otras modalidades metasifilíticas? Fuera de su papel que todos conocemos de que es una manifestación de defensa del organismo, su acción aun es empírica o por lo menos hipotética. Para unos sólo obra la hipertermia,

como piensan Weichbrodt y Jahnel y recientemente Schamberg y Ruie quienes han demostrado su influencia en la sífilis experimental, porque el treponema es destruido a 40 y 42 grados, lo que se ha comprobado en conejos con sífilis escrotal que, sometidos a estas temperaturas, curan. Para otros, como Mühlens, su acción principal es ayudar a las defensas del organismo en la producción leucocitaria, etc. Por mi parte creo que su papel es complejo pues no solamente obra la hipertermia sobre el treponema, ni la reacción orgánica que provoca, sino que es indispensable la presencia de ciertos gérmenes (nematooario, espirilas) que parecen tener cierta acción destructora de la sífilis, ya por antagonismos microbianos, ya por formación de anticuerpos, u otras causas, pues se ve que las remisiones de los enfermos son mucho más numerosas y sostenidas cuando son tratados por enfermedades febriles (paludismo, fiebre recurrente, sodoku, etc.) que cuando se provoca simplemente la hipertermia. Espero que los biólogos y los bacteriólogos nos ayuden a decifrar este problema.

De cualquier manera que sea, la Piretoterapia, especialmente producida por infecciones febriles, ha despertado un clamoroso entusiasmo en todo el mundo, al grado que en las Clínicas de Praga y de Viena se dice que en los paralíticos generales de principio, tratados por este procedimiento, se obtiene un 100% de éxitos.

La Piretoterapia tiene sus peligros que estudiaré al referirme a cada uno de los procedimientos más importantes para producirla. Las contra-indicaciones generales son: los casos avanzados de la enfermedad de Bayle, los pacientes caquécticos y ancianos. Tales procedimientos terapéuticos no deben ser aplicados por cualquiera que no tenga amplios conocimientos en estos asuntos, pues hay que recordar a este respecto lo que decían el Profesor Mühlens en su conferencia ante la Academia Nacional de Medicina de México, sustentada el 23 de marzo del presente año:

“Las inoculaciones de malaria y fiebre recurrente sólo están permitidas en los hospitales bien dirigidos y donde no haya mosquitos anofeles, piojos o garrapatas transmisores de la malaria y de la fiebre recurrente respectivamente. Su empleo al azar y exento de un control severo, no se debe permitir en la práctica privada por razones de peligro general. El tratamiento por la fiebre no es un bien general al alcance de todos los médicos de enfermedades nerviosas. Aquél que quiera ocuparse de esta terapéutica tiene el deber de ponerse al corriente de la clínica y parasitología del paludismo o de la fiebre recurrente respectiva

mente, sobre todo, si no puede disponer de un especialista que le sirva de consejero”.

En los siguientes capítulos voy a estudiar en particular las tres formas de Piretoterapia hasta hoy más importantes: la Malarioterapia, la Fiebre Recurrente y la Sódokuterapia.

1.—M A L A R I O T E R A P I A .

Entre los métodos de Piretoterapia hasta hoy usados en el tratamiento de la Neurosífilis y en particular de la Parálisis General Progresiva, ha sido el más experimentado desde que Wagner Von Jauregg le dió a conocer después de numerosas observaciones produciendo ataques febriles en sus pacientes, aunque Ikhtemann (13) dice que la prioridad del descubrimiento le corresponde a Rosenblum.

La técnica de Wagner consiste en tomar a un enfermo palídico con fiebre terciaria, no tratado por la quinina, durante un acceso, 2 c.c. de sangre e inyectarlos hipodérmicamente en la región escapular del paralítico general.

Después de un período de incubación de una a dos semanas tiene lugar el primer acceso, con los caracteres propios de la dolencia, bien conocidos, por lo que creo inútil describir. Se dejan 10 o 12 accesos y se empieza a administrar quinina por vía digestiva a la dosis de 1 gramo diario, durante tres o cuatro días, para seguir en los siguientes con 0.50 gramos, juntamente con una inyección semanal de Neosalvarsán endovenosa, empezando con 0.15 gramos hasta 0.60 gr.

Wagner, después de sus primeras inoculaciones tomaba sangre de un paralítico general infectado y la aplicaba a otro, lo que acertaba el período de incubación que sólo duraba de tres a seis días.

El número de accesos que se permiten es variable según cada caso: pero sin complicaciones u otras causas que obliguen a suspenderlos, será de 8 a 12, 8 a 10 según Mühlens y 10 a 12 según Wagner.

Durante los accesos los síntomas de los pacientes se exacerban en lo general, lo que ha sido señalado por varios autores y entre otros por Manteca Parra (14) y aun se acompañan de depresión o de confusión

(13)—Ikhtemann.—Contribution a la Question de la Priorité du Traitement de la Paralyse Generale.—Ann. d. Mal. Ven. 561—565.—Ago. 1925.

(14)—Manteca Parra M.—La inoculación de la Malaria en la Parálisis General Progresiva.—Tesis Recipiental.—1925.

mentales. Plaut y Steiner han observado la aparición de síntomas paranoides y Wright de estados catatónicos. Respecto a otros síntomas, se ha visto que la Malaria experimental produce menos hepatomegalias y esplenomegalias que la natural. Kirschbaum únicamente señala de 10 a 20% en sus casos. El hematozoario usado es el *plasmodium vivax*, pues en algunos casos desagradables se ha inoculado el *falciparum*, que ha producido fiebres perniciosas graves y aún mortales, por lo cual Mühlens aconseja que se hagan análisis diarios de la sangre de los pacientes inoculados, pues no obstante se tenga la certeza de que se aplicó el *plasmodium vivax*, a veces puede ir asociado el *plasmodium falciparum*, pasado inadvertido en las primeras microscopías o estando ausente de la sangre examinada.

No se debe nunca hacer inoculaciones de paralíticos tratados por la quinina, para evitar las formas quinino resistentes de los nematozoarios y las inoculaciones se harán inmediatamente después de tomar la sangre del palúdico o del paralítico general infectado, aunque en algunos casos especiales se ha transportado la sangre a distancia por ferrocarril o por aeroplano, desfibrinándola y agregándole un poco de solución de citrato de sodio o algunas gotas de solución de glucosa al 5% y se han obtenido inoculaciones positivas, aún después de 48 horas (Mühlens). Pero en lo general, la inoculación se hace inmediatamente, en atención a que muchas veces los resultados son negativos si transcurre algún tiempo. Lo mismo pasa si la toma de la sangre se efectúa fuera de los accesos o si los pacientes de quienes se toma la sangre tienen un paludismo subagudo o poco intenso, cosa que hemos observado en varias inoculaciones, así como Manteca Parra en los ensayos que hizo en el Manicomio General. En el Valle de México, el Paludismo que existe es de forma leve y los palúdicos que llegan de la costa, casi siempre mejoran o curan simplemente con el cambio a la mesa central, motivos que hacen muy difíciles los buenos resultados de las inoculaciones.

Otra de las dificultades con que hemos tropezado es con que la mayor parte de los palúdicos han sido tratados por quinina.

Para tratar la malaria inoculada, el medicamento de elección es la quinina que da muy buenos resultados, pues todos los investigadores han observado lo que señalaron primero los ingleses, es decir, que la malaria artificial es más fácil de curar que la producida por el mosquito, sólo que es más conveniente, antes de instituir la quinina, cerciorarse de que el paciente no tiene intolerancia para ella, con el objeto de no

exponerlo a graves accidentes, como el paralítico general, que murió a consecuencia de hemorragia debida a su especial idiosincracia, que recientemente nos ha citado el profesor Mühlens.

Actualmente se utiliza mucho la Plasmoguina.

Algunos autores piensan que después del tratamiento piretotérapico por la malaria se debe continuar con el específico propiamente dicho, ya por medio del Neosalvarsán, de los bismutados, de los yoduros o de los mercuriales a altas dosis. Para Mühlens lo más importante es procurar la violenta reconstitución de la sangre y de la fuerza por medio de alimentación nutritiva y tónicos como el hierro, la Promonta y la Arseno Promonta.

Por mi parte, creo, que un tratamiento bismútico intenso debe de instituirse al terminar la infección.

Los resultados obtenidos por la malarioterapia hasta hoy, parecen halagadores y aunque se desconoce de una manera precisa cómo obra la infección (lo que sucede con los demás métodos piretotérapicos como ya he indicado); parece que no es sólo por la hipertermia y la leucocitosis sino porque se forman anticuerpos palúdicos que tienen acción contra el hematozoario y también contra el treponema, idea que es robustecida por el hecho de que en las regiones maláricas hay pocos casos de neurosífilis y que rarísimos paralíticos general tiene antecedentes palúdicos. Sobre este particular se han observado algunos casos: uno de mis enfermos meningo-encefalíticos tuvo paludismo diez años antes del desarrollo de la Parálisis General, paludismo grave y de larga duración. No obstante eso parece que se produce cierta inmunidad.

Repito que los resultados son halagadores, naturalmente en casos no avanzados de la dolencia o cuando existen las contra indicaciones ya señaladas por varios autores, de las cuales las principales son: enfermedades graves del hígado, del corazón, de los riñones; intolerancia a la quinina, o cuando en el curso de la infección aparecen ciertos síntomas especiales, sin ser ésta interrumpida, tales como hepatitis, ictericia (15) anemia intensa, uremia, hemorragias, estados confusionales agudos y síndromos catatónicos.

Casi todos los accidentes observados se han debido a la contingencia de alguna de las circunstancias mencionadas y así por ejemplo O'Leary

(15). Esta complicación se ataca fácilmente siguiendo el método de Wilhelm. Véase Wilhelm "Duodenal Lavage in the Treatment of Jaundice, Complicating the Treatment of Syphilis." Arch. Dermat. & Syph. Oct. 1924.

en sus primeras cien observaciones, obtuvo nueve muertes, pero dos solamente fueron debidas a complicaciones durante el curso del paludismo. En sus 113 casos siguientes también se murieron dos enfermos en quienes obró el paludismo como factor predisponente.

Ademas, ya he dicho que puede inocularse el *plasmodium-falciparum* lo que ha originado algunas muertes: pero insisto que para evitar esto, no debe olvidarse la recomendación de Mühlens: analizar diariamente la sangre. Las remisiones o mejorías obtenidas, ya se citan por cientos y largo sería enumerar todas las señaladas en la literatura médica.

Estas remisiones no se presentan inmediatamente, sino que son algo tardías y se van operando por grados; son más comunes, en opinión de O'Leary y otros, en los enfermos que presentan altas temperaturas en los accesos. Por otro lado, su mayor frecuencia parece ser en las formas expansiva y demencial simple, que en la hipocondríaca, presenil y catatónica.

Los resultados más importantes son los siguientes:

En 400 casos estudiados por Wagner Von Jauregg hasta 1924 obtuvo 23% de remisiones completas y 14.25% de remisiones incompletas.

Wiegant anota 44 remisiones en 50 casos; remisiones que fueron apareciendo después de varias semanas. Pilcs 51 en 144 enfermos tratados en 1919 y 1920 y Ball 10 de larga duración.

En la Clínica de Kraepelin se obtuvieron 70% de buenos resultados en los paralíticos generales recientes y Mühlens en 40% de su primeros 37 casos consiguió que los enfermos volvieran a sus labores, las cuales aún desempeñaban hasta la fecha en que se publicó uno de sus últimos trabajos (16.)

Nonne en 240 casos, señala 23.7% de remisiones completas y 46% de incompletas y de Weygandt en 329 casos obtiene: 25.84% de enfermos que regresaron a sus ocupaciones con muy ligeros síntomas psíquicos; 18.24% de enfermos que volvieron al trabajo a pesar de ciertos defectos psíquicos; 15.5% de pacientes sujetos a vigilancia, con capacidad disminuida para trabajar; 33.44% de casos no mejorados y 6.99% de empeorados o muertos.

Magníficos resultados señalan también Delgado del Perú y

166.—Mühlens—Sobre el tratamiento de la Parálisis General Progresiva por Inoculación de Malaria y Fiebre Recurrente.—Gaceta Médica de México.—Tom. LVIII; México, D. F. 1927.

Merzbacher de la Argentina. O'Leary (17) de la Clínica Mayo en reciente trabajo refiere sus observaciones hechas a través de estos últimos tres años en casos de neurosífilis parenquimatosas, entre los cuales 57 revelaban síntomas tempranos de parálisis general. De estos últimos 50% se encuentran en remisión completa, algunos desde hace tres años y 18% en remisión parcial.

En 9 se hicieron negativas las reacciones de laboratorio sin mejoría clínica, por lo que el autor no da importancia sólo a los datos de laboratorio. Uno de estos pacientes cuyas reacciones se volvieron negativas murió a los dieciocho meses de un ictus paralítico. En 2 hubo recaída clínica y fracasaron las reinoculaciones y en los que no han tenido remisión, se nota que han entrado en cierta calma.

En México las observaciones de Manteca Parra (18) son muy interesantes a pesar de ser reducidas, ya que como indiqué antes, este procedimiento es muy difícil de aplicar por las condiciones climatéricas, (me refiero a las del Valle de México) y por el tratamiento de quinina que han usado casi todos los palúdicos.

Manteca Parra pudo conseguir maláricos de fiebre terciana llegados de la Costa, con cuyas sangres hizo inoculaciones en paralíticos generales del Manicomio de Mixcoac. Hizo ocho inoculaciones inyectando 5 c.c. de sangre hipodérmicamente, tomada durante el momento del acceso. Sus casos son los siguientes:

Primer caso:—M. P.—Parálisis General Progresiva de forma expansiva en período de estado.

Exámenes de laboratorio antes del tratamiento:

En el líquido céfalo raquídeo, Wassermann (H. W. G. J.): Positiva intensa; Noguchi: Positiva Intensa; Cutting: Positiva Débil; Linfoctosis; Albúmina: 0.40 gr. por 1 m. mc.; Lange 5.5.4.4.4.3.2.1.0.0.

Inoculación de 5 c.c. de sangre palúdica.—Siete días de incubación. Después de ocho días de accesos febriles se le administró por vía oral, durante una semana, clorhidrato de quinina a la dosis de 2 gr. diarios. Durante la infección, se notó marcada desmejoría. Después se le aplican cuatro ampolletas de Neosalvarsán (de 0.15, 0.30, 0.45, y 0.60 grs.).

(17).—O'Leary Paul A.—Paludoterapia de la Neurosífilis.—Tres años de observaciones de los primeros 100 enfermos.—*The Jour. of The Amer. Med. Assn.*—Julio 15 1927.

(18).—Manteca Parra M.—La Inoculación de la Malaria en la Parálisis General Progresiva.—México.—1925.

Se observó remisión clínica y modificación de los exámenes del líquido céfalo-raquídeo que se transformaron en:

Wassermann (H. W. G. J.): Positiva débil; Noguchi: Positiva débil; Cutting: Positiva débil. Linfocitosis ligera; Albúmina: 0.30 gr. por 1 m. mc. y Lange: 4.3.3.4.4; 2.1.0.0.0.

Segundo caso:—A. A.—Parálisis General Progresiva de forma expansiva en período de estado.—Se le hizo la inoculación con resultado negativo.

Tercer caso:—A. O.—Parálisis General Progresiva de forma expansiva en período de principio.

Reacciones del líquido céfalo raquídeo antes del tratamiento:

Wassermann (H. W. G. J.): Positiva; Cutting: Positiva; Noguchi: Positiva; Linfocitosis ligera; Albúmina: 0.30 por 1,000 c. c. Lange: 4.4.4.4.3.3.2.2.1.0.

Inoculación con 5 c. c. de sangre palúdica. Incubación de tres días. Se le dejan doce accesos y se le trata por quinina en la misma forma que en el caso primero y después con Neosalvarsán.

Se observa mejoría clínica completa.

Los signos del laboratorio después del tratamiento son:

En el líquido céfalo raquídeo, Wassermann (H. W. G. J.) Negativa; Noguchi: Negativa; Cutting: Negativa; no se encontraron linfocitos; Albúmina 0.20 por 1,000 c. c.; Lange: 0.0.1.1.1.0.0.0.0.0.

Cuarto caso:—C. R. O.—Parálisis General Progresiva de forma demencial simple en período de estado.

Exámenes del líquido céfalo raquídeo antes del tratamiento:

Wassermann (H. W. G. J.): Positiva; Noguchi: Positiva; Cutting: Positiva; Linfocitosis ligera; Albúmina: 0.40 por 1 m. mc. Lange: 4.4.3.3.4.3.3.3.1.0.

Inoculación con 5 c. c. de sangre del enfermo A. O. (caso número tres). Se le dejan seis accesos solamente porque presenta coloración subictérica.

Se observó mejoría en los períodos de apirexia.

Quinto caso:—J. V.—Parálisis General Progresiva de forma demencial simple en tercer período.

Exámenes del líquido céfalo-raquídeo antes del tratamiento:

Wassermann: Positiva; Noguchi: Positiva; Cutting: Positiva; Linfocitosis moderada; Albúmina: 0.40 gr. por 1,000 c.c.; Lange: 5.4.3.3.4.3.2.1.0.0.

Inoculación de 5 c.c.—Incubación doce días.—Después del tratamiento por quinina y Neosalvarsán no se aprecia mejoría clínica ninguna y los exámenes de laboratorio fueron:

Wassermann: Positiva; Noguchi: Positiva; Cutting: Positiva; Albúmina: 0.40 gr. por 1. m.mc; Linfocitos moderada; Lange: 4.4.5.4.4.3.3.2.1.1.

Caso sexto, séptimo y octavo:—C. A.; V. S. y R. E.—Parálisis General Progresiva de forma expansiva en período de estado los dos primeros y en período demencial el tercero; fueron inoculados en las mismas condiciones que los anteriores, pero las inoculaciones resultaron negativas.

En los casos de Manteca Parra, vemos que los resultados son desiguales y que los pacientes mejorados se encontraban en periodos no muy avanzados de la meningo-encefalitis. En resumen obtuvo:

Un caso (enfermo tres) de mejoría clínica y de laboratorio.—Remisión completa.

Un caso (enfermo uno) de ligera mejoría clínica y de laboratorio Remisión parcial.

Un caso (enfermo cuatro) Atenuación de algunos síntomas en los momentos de apirexia durante la infección palúdica, pero quedando en el mismo estado después del tratamiento.

Un caso (enfermo cinco).—No se obtuvo ningún resultado.

Cuatro casos (enfermos 2 6. 7. y 8.). Inoculación negativa.

En lo referente a las reacciones de laboratorio hubo algunos cambios, especialmente en el caso tres donde casi la totalidad de ellas se hicieron negativas:

CASO NUMERO 3.

	Antes del Tratamiento	Después del Tratamiento
Cutting...	Positivo	Negativo.
Noguchi...	Positivo	Negativo.
Wassermann (H.W.G.J.)...	Positivo	Negativo.
Albúmina...	0.30 gr. p 1,000	0.30 gr. por 1,000.
Linfocitosis...	Ligera	Nula.
Lange...	4.4.4.4.3.3.2.2.1.0	0.0.1.1.1.0.0.0.0.0.

CASO NUMERO 1.

	Antes del Tratamiento	Después del Tratamiento
Cutting	Positivo débil	Positivo débil.
Noguchi	Positivo intenso	Positivo débil.
Wassermann (H.W.G.J.)	Positivo intenso	Positivo débil.
Linfocitosis	Ligera	Ligera.
Albúmina	0.40 p. 1,000 c.c.	0.30 p. 1,000. c.c.
Lange	5.5.4.4.4.3.2.1.0.	4.3.3.3.4.4.2.1.0.0.

He querido detallar estas observaciones por la importancia que en sí tienen no obstante su escaso número, porque son estudios hechos entre nosotros y sirven para que nos formemos un criterio personal de estos tratamientos y porque quiero honrar en esta humilde forma la memoria del joven médico, compañero de trabajo, cuya trágica muerte nos ha privado de un empeñoso luchador.

La malarioterapia, podemos decir que es un buen método para tratar la Parálisis General Progresiva, pero que por circunstancias de técnica y otras que he enumerado antes, difícilísimas de implantar en la Mesa Central, no puede emplearse entre nosotros con la facilidad que en otras partes, por lo que debe substituirse por alguno de los procedimientos piroterápicos más al alcance de nuestros medios.

2 - FIEBRE RECURRENTE.

La fiebre recurrente africana, producida por la *Espirila duttoni* es otra de las infecciones que se ha empleado y se emplea para tratar a los paralíticos generales.

Se usa sangre de ratón infectado, tomada de la cola o de los grandes vasos, o bien de un paralítico general inoculado, diluida en suero fisiológico y aplicada por escarificación, por vía hipodérmica, intravenosa e intraespinal. Generalmente se pone una inyección de 2. c.c. hipodérmicamente. Después de un período de incubación variable de dos a veinticuatro días se presenta un acceso brusco con calofrío, pulso frecuente, sudores, cefalea intensa y trastornos digestivos (vómitos, diarrea, ictericia). La temperatura llega a 40° y 41°; por lo común hay hepatomegalia y esplenomegalia dolorosas. Después de tres a cinco días, se termina la fiebre por crisis, en ocasiones con hipertensión y bradicardia. Entre un acceso y otro transcurren de tres días a tres o cuatro semanas

o son substituidos por fiebre remitente alrededor de 38°; hasta que se presenta un nuevo acceso con los caracteres ya señalados.

La enfermedad llega a desaparecer por sí sola después de tres o cuatro accesos (véase la curva 1).

Los enfermos casi nunca sufren marcado debilitamiento, entran pronto en convalecencia y aumentan de peso.

Cuando conviene detener la infección se hace uso de una ampolla de 0.15 gr. de Neosalvarsán, pues reconocida es su acción sobre la *Espirila*. Paiseau aconseja que siempre se aplique el Neosalvarsán aún en los casos que se terminen espontáneamente, con objeto de destruir los gérmenes que hubiesen quedado. Plaut la considera innecesaria y su acción sólo se utilizaría como reconstituyente. Sin embargo, este último junto con Steiner refieren que la *Espirila* llega a desaparecer completamente hasta tres meses después, quedando refugiada en el líquido céfalo-raquídeo, cosa que sucede igualmente en los intervalos de los accesos, por lo cual creo que siempre deba ponerse el Neosalvarsán a pesar de que aparentemente se termine la infección.

Durante la fiebre pueden presentarse trastornos nerviosos, semejantes a los sífilíticos, tales como neurorecidivas, parálisis faciales y de otros nervios craneanos, etc.

No obstante, es un padecimiento mucho más benigno, que trae menos accidentes que el paludismo y de más fácil aplicación, sólo que requiere un cuidado especial de los enfermos para evitar los contagios, principalmente en aquellos que presentan hemorragias. Plaut y Steiner en sus observaciones no han tenido un solo caso grave.

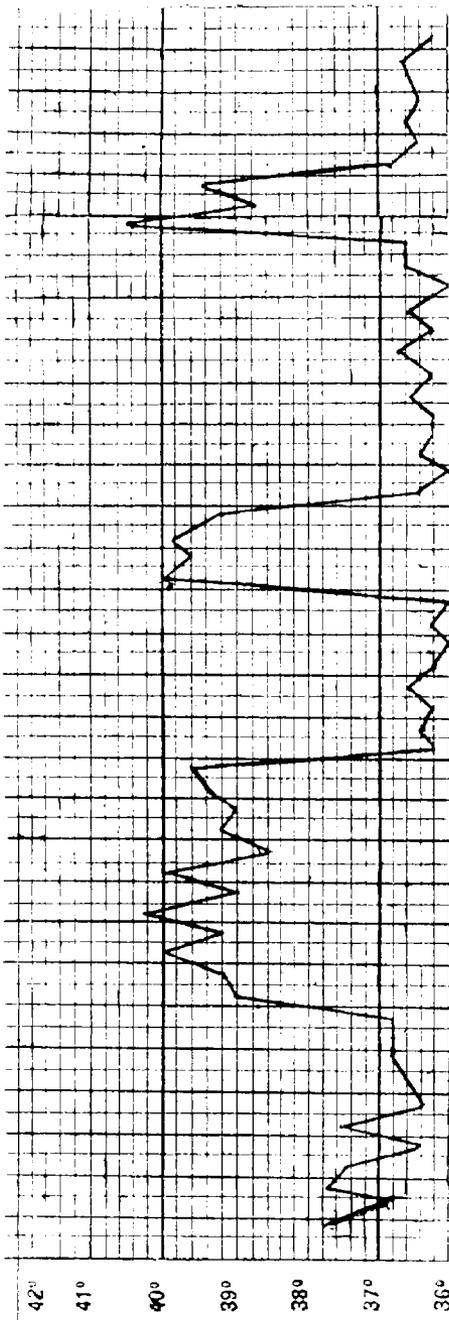
Se señalan como contra-indicaciones: la insuficiencia cardiaca, las aortitis y el agotamiento, es decir, las contra indicaciones generales a cualquier tratamiento de esta dolencia.

Ya se mencionan numerosas y prolongadas remisiones no sólo clínicas sino acompañadas de importantes modificaciones de la sangre y del líquido céfalo-raquídeo, y Steiner indica, que si durante los accesos hay considerable linfocitosis en dicho líquido, los resultados serán mucho más favorables.

Las estadísticas publicadas engloban los casos observados juntamente con los tratados por malaria.

Plaut y Steiner en 76 casos obtuvieron 34.2% de buenas remisio-

CURVA FEBRIL DE LA FIEBRE RECURRENTE SEGUN KLEMPFER (19)



CURVA NUM. 1

nes y 33.9% de remisiones incompletas. Estos investigadores son los que más elogian y recomiendan el método.

En México el primero que trató de usarlo para el tratamiento de la neurosífilis fué Brioso Vasconcelos; más los cultivos que le trajo Castillo Nájera de Nueva York, llegaron muertos.

Nosotros hemos verificado algunas inoculaciones en paralíticos generales, pero sin resultado, y atribuimos el hecho a la poca virulencia del germen, por lo que fué necesario exaltarla a través de varios pasos por ratones y aún así, las inoculaciones eran negativas, salvo un caso en que solo hubo dos accesos de 38°. Estos enfermos habían sido tratados por arsenicales y a ello se debe, posiblemente que el germen no se desarrollara. Alguno de los resultados obtenidos por nosotros y referidos por Castro (20) han sido muy desiguales:

Las inoculaciones hechas a dos pacientes, F. A. V. y M. V. S. fueron negativas. El primero había sido tratado intensamente por arsenicales y el segundo por arsenicales y bismutados.

En el paciente J. L. se presentaron dos accesos de 38° y en una cuarta inoculación los resultados fueron positivos. Como este caso es muy importante lo voy a referir sintéticamente.

J. L., de 33 años con Parálisis General Progresiva de forma expansiva en período de estado. Cuatro meses antes de ser estudiado por mí empezó a revelar claramente sus trastornos (rarezas de carácter, ideas delirantes, megalómanas, dromomanía, etc.). Fué tratado por Neo-Tropol del que se le aplicaron diez inyecciones.

Los exámenes de laboratorio revelaron:

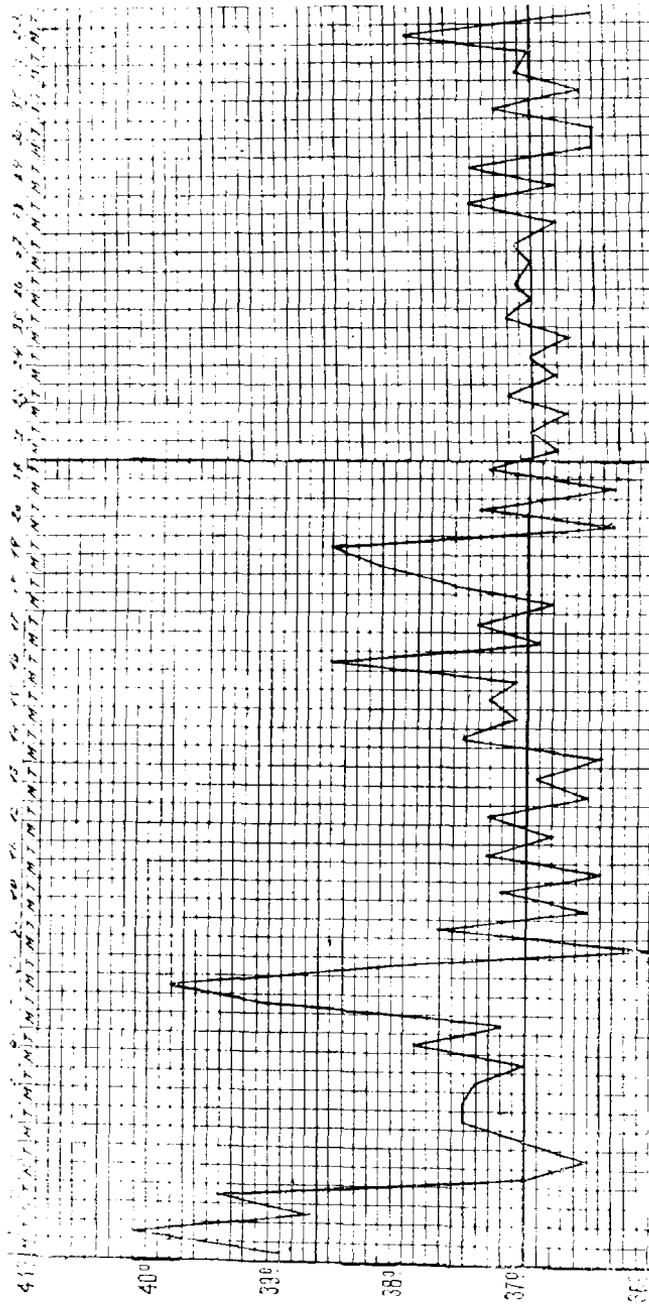
En la sangre, Wassermann: Positiva Intensa; Hecht, Weimberg: Positiva; en el líquido céfalo-raquídeo: tensión aumentada; aspecto: agua de roca. Globulinas (Pandy, Nonne Appelt, Noguchi): Positivas. Albúmina, 0.20 por 1,000 c.c.. Linfocitosis: 10 por 1 m.m.. Wassermann con 0.5 c.c. de líquido: Positiva Intensa. Curva de Lange: 5.5.5.4.4.3.2.1.0.0. (Curva de Parálisis General).

Se le hizo la inoculación (agosto 21—1926) con 1.5 c.c. de sangre de ratón infectado. Incubación de cuatro días. La fiebre empezó el 25 del propio mes, durando 33 días y de marcha muy irregular.

Se presentaron cinco accesos: el primero llegó a 40°2 duró dos días:

(20)—Castro P. Eduardo.—Consideraciones sobre el tratamiento de la Parálisis General.—Tesis Recopilada.—México.—1927.

MARCHA QUE SIGUIO LA FIEBRE EN EL ENFERMO I M. INOCULADO CON FIEBRE RECURRENTE.



CURVA NUM 2

el segundo, cinco días después del primero, alcanzó a 40°; el tercero, siete días después del segundo, a 38° y los dos últimos no pasaron de 38° (véase la curva número 2).

Al terminar la fiebre le hicimos un tratamiento intenso por bismuto coloidal (Bismuthoidol), 15 inyecciones de 2 c.c. por vía intravenosa, una diaria.

El paciente fué lentamente mejorando después del tratamiento hasta obtener una completa remisión clínica por lo que fué dado de alta del Sanatorio, a solicitud de sus familiares, el día 17 de enero de este año.

Todos los síntomas mentales cediéron; pero no así los físicos (anisocoria, Argyl -Robertson, exaltación de los reflejos rotulianos), y los de laboratorio no fué posible verificar por la violenta salida del enfermo.

J. L., según informes que he tenido continúa en remisión. La conducta que observa y el desempeño de sus ocupaciones son como antes de estar enfermo.

La fiebre recurrente, es un buen método de Piretoterapia por su benignidad y porque se trata fácilmente; pero en México no es de recomendarse, pues en lo general no presenta grandes elevaciones de temperatura y comunmente los pacientes a quienes se aplica han sido tratados por específicos, de preferencia por arsenicales, lo que con frecuencia como ya indiqué, hace que las inoculaciones o sean negativas o poco intensas.

3 S O D O K U T E R A P I A .

El Sodoku, producido por la espirila *Morsus muris* de Futaki, es transmitido al hombre por la mordedura de rata o de gato (Mooser), pues en la primera existe en forma endémica y en ocasiones epidémica.

Antes se desconocía su presencia en México, pero López D. y Mooser la han comprobado en varios casos observados: el primero en 2 y el segundo en 8. Además Balman y Martínez N. atendieron a un enfermo de ésta infección, mordido por rata. El asunto se ha discutido en la Academia Nacional de Medicina y con las observaciones de los médicos citados se demuestra claramente que existe la enfermedad entre nosotros.

No quiero entrar en detalles acerca de los caracteres bacteriológicos del germen ni de la manera de ser transmitido —pues a este respecto recc-

miendo los estudios de Mooser (21) que merecen todo género de elogios y en los cuales se encuentran muy bien descritos estos asuntos— sino únicamente me voy a referir a la aplicación del sodoku como medio piroterápico de la Parálisis General Progresiva, haciendo antes un resumen de sus caracteres clínicos, que tomo de las descripciones de Mooser.

Hay síntomas locales y síntomas generales: los primeros consisten en inflamación acentuada en el sitio de la mordedura o de la inoculación, inflamación que se acompaña de un chanero y de adenitis y linfangitis dolorosas.

Los segundos corresponden a los accesos febriles y a manifestaciones cutáneas. El acceso se inicia con calofrío, seguido de fiebre alta que dura alrededor de seis días para terminarse con sudores profusos. Sigue un período de fiebre ligera y después se presenta otro acceso con los mismos caracteres, pero de menor duración, y así sucesivamente por semanas y aun meses.

Se presentan casi siempre mialgias y por lo regular desde el segundo acceso aparece exantema discreto máculo-papuloso en la cara, tronco y miembros.

Hay además ligera hipertrofia del bazo y del hígado.

Durante la infección, generalmente se adelgazan los pacientes y si ésta se hace con fines terapéuticos se presenta exacerbación de los síntomas mentales. He observado que además, en ciertos casos se manifiestan síntomas paranoides, a semejanza de lo que Plaut y Steiner han encontrado en la fiebre recurrente, y no sólo, sino que en uno de nuestros enfermos había intensas perturbaciones imaginativas caracterizadas por fabulación y relatos imaginarios, que no existían antes y que desaparecieron al curar la infección.

Las inoculaciones se hacen con 1 c.c. o 2 c.c. de sangre de rata o cuy infectado o tomada de otro enfermo durante el momento del acceso. Se usa la vía hipodérmica o intramuscular.

Se ha dicho que la inoculación del sodoku ha producido una mortalidad de 10% pero en enfermos caquécticos, pues en lo general es un padecimiento bastante benigno. Los inconvenientes que presenta son principalmente los síntomas locales, en ocasiones muy intensos y dolo-

(21).—Mooser H.—Sobre la Enfermedad Producida por Mordedura de Rata. (Sodoku). Gaceta Médica de México.—Tom. LVIII.—Nos. 2 y 3.—Febrero y Marzo 1927.—México.

rosos. He podido atenderlos y evitar la formación del chanero haciendo las inoculaciones profundas intramusculares y no subcutáneas. El Doctor R. B. Ramírez, me ha comunicado que él también ha obtenido muy pocos síntomas locales en alguno de sus enfermos inyectando pequeñísimas cantidades de sangre; pero a mi modo de ver, esto tiene la desventaja de que el período de incubación se alarga mucho y que aún se lleva el riesgo de que sus resultados sean negativos.

Se deja como en las inoculaciones por paludismo y fiebre recurrente un número de accesos variable según el caso; pero siempre procurando que sea el mayor número y después se cura por medio de inyecciones intravenosas de Neosalvarsán, que es el medicamento de elección. Se aplica una ampollita de 0.15 gr., de preferencia durante un acceso febril, para que sea más intensa la acción del medicamento. En ocasiones, no es suficiente esta cantidad pues se ha visto que pocos días después aparece nuevo acceso, de tal manera que es conveniente poner una o dos ampollitas más; pero sin pasar de la dosis de 0.30 gr. En los casos por mí observados, con dos ampollitas me ha sido suficiente. A veces se presenta aumento de la temperatura dos o tres horas después de la inyección, lo que me he explicado por la destrucción de treponemas; pero al siguiente día la apirexia era completa.

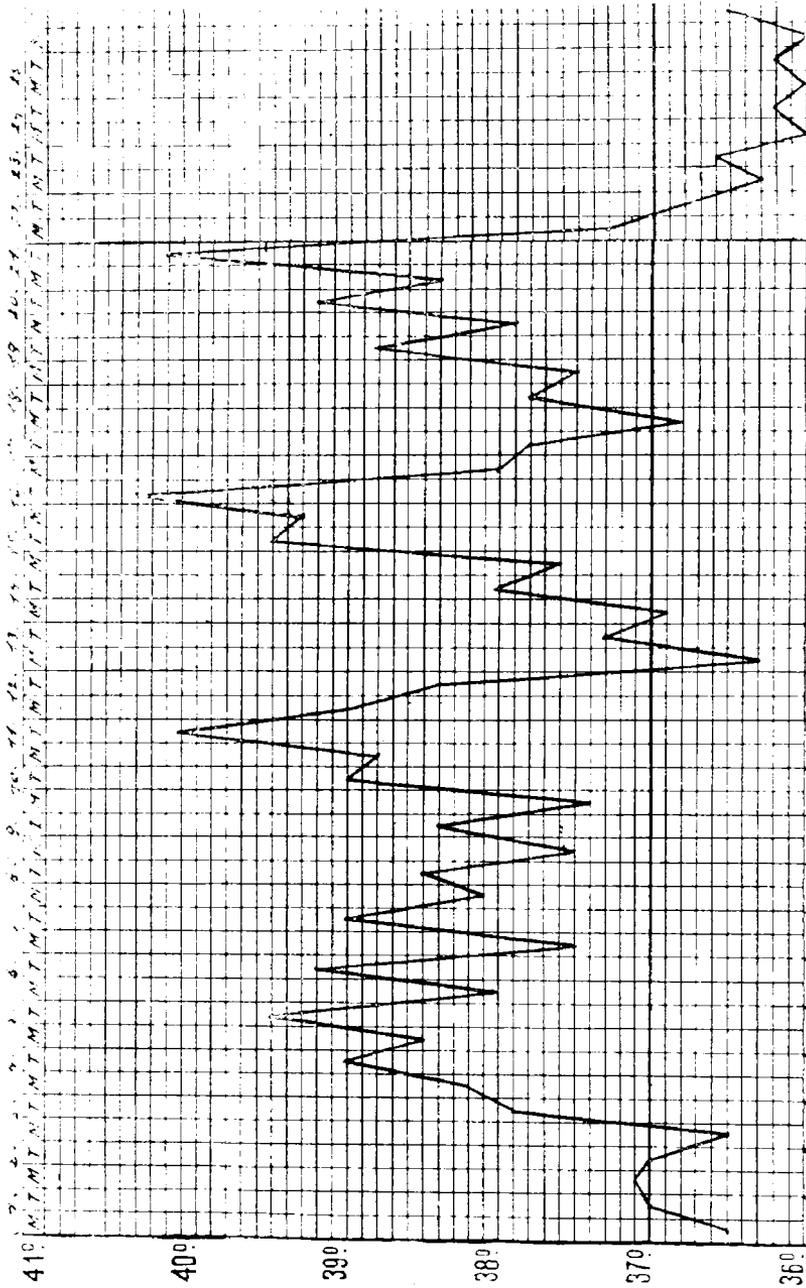
Los resultados obtenidos con esta forma de Piretoterapia parece que son halagadores, pero es un procedimiento que está en estudio y aún no se tienen estadísticas importantes. Mooser nos refiere su aplicación en doce parálisis generales, pero no dice los resultados obtenidos.

Por mi parte, creo que es un buen tratamiento, naturalmente aplicado en períodos poco avanzados de la dolencia y en sujetos de buenas condiciones físicas.

Voy a referir algunos de los casos en que lo he aplicado:

Caso 1:—J. L. D., de cuarenta años, cirujano dentista.—Parálisis General Progresiva de forma demencial simple. Padeció sífilis a los 19 años y fué tratado intensamente por mercuriales. Cuando se presentaron los síntomas de la meningo-encefalitis (amnesias, errores de conducta, dromanía, ineptitud para el trabajo), fué reconocido por un especialista siendo tratado por inyecciones intravenosas de Neosalvarsán. Se le aplicaron más de 60 en pequeñas dosis y con intervalos de dos y tres días. Al principio de este tratamiento mejoró; pero a pesar de la forma intensa como se le hizo, no se detuvo el mal sino que se acrecen-

MARCHA QUE SIGUIO LA TEMPERATURA EN EL ENFERMO J. L. D., INOCULADO CON SODOKU.



CURVA NUM 3.

EL DIA 1º (27 de junio) SE LE HIZO LA INOCULACION.
 EL DIA 21 (17 de julio) SE LE APLICÓ UNA AMPOLLETA DE NEOSALVARSAN DE 0.15 gr. EN EL MOMEN-
 TO EN QUE SE PRESENTABA EL 4º ACCESO.

tó alarmantemente. En este estado lo reconocí: Los exámenes de laboratorio fueron los siguientes:

En la sangre Wassermann y Hecht-Weimberg: Positivas Intensas: Líquido céfalo-raquídeo (mayo 14-1927): Tensión aumentada; aspecto agua de roca. Globulinas: Pandy y Noguchi, positivas intensas: doce leucocitos por 1 m.mc; Wassermann gradual, con 0.5 c.c., positiva intensa y con 0.1 c.c., positiva débil. Lange: 5.5.5.4.4.3.2.1.1.0.

Como se encontraba muy débil le aplicamos inyecciones de suero glucosado, una diaria de 50 c.c. Mejoró su estado general y entonces le practiqué una inoculación con *Espirila duttoni* con resultado negativo. Una segunda inoculación con el mismo resultado. Creyendo que ésto se debía al recién tratamiento por arsenicales, esperé hasta el 27 de junio (44 días) y le hice la inoculación del sodoku por vía hipodérmica (2 c.c. de sangre de cuy infectado, con *Espirocha Morsus muris*). El resultado de ésta inoculación fué positivo trayendo intensa reacción local (distoadenitis y chancro) y general (fiebre que llegó hasta 40°2). (Véase curva No. 3). En el 4º acceso se le aplicó una ampollita de Neosalvarsán de 0.15 gr. La fiebre llegó el día de la inyección hasta 40°2 pero desde el siguiente día vino la apirexia.

Dos días después se empezó un tratamiento con inyecciones intramusculares de bismuto coloidal (Bismuthoidol) de 2 c.c. cada tercer día. Once días más tarde de aplicado el Neosalvarsán se le presentó nuevamente fiebre habiendo tenido cuatro nuevos accesos cuya temperatura máxima llegó a 39°4 (véase curva núm. 4). Como no cedían con el bismuto coloidal apliqué una segunda ampollita de Neosalvarsán de 0.15 grs. La fiebre desapareció; pero a los cuatro días se presentó otro nuevo brote febril; y como el paciente estaba muy agotado le apliqué una ampollita de Sulfarsenol de 0.18 gr. Hasta la fecha no se ha vuelto a presentar la fiebre.

Se le aplicaron 20 ampollitas de Bismuthoidol y durante éste tratamiento se empezó a reponer de su estado general, recuperó algunas de sus facultades y en general se advierte mejoría y detenimiento en la marcha de su enfermedad.

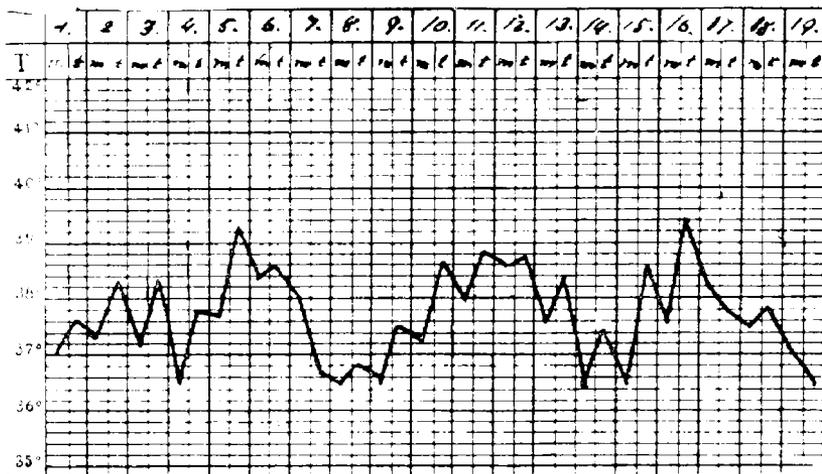
Los exámenes de laboratorio después del tratamiento fueron:

En el líquido céfalo-raquídeo (Octubre 15 de 1927): Pandy, Nonne—Appelt y Noguchi: Positivas. Albúmina 0.35 gr. por 1,000 c.c. 20 Leucocitos por 1 m.mc. Wassermann con 0.1 c.c. de líquido, positiva intensa; Lange: 5.5.5.4.4.3.2.2.1.0.

Los exámenes de laboratorio no sufrieron modificación alguna después del tratamiento y las variaciones ligeras que hubo son de escasa significación.

En la actualidad el enfermo está en descanso y permanece bien.

MARCHA QUE SIGUIO LA TEMPERATURA EN LA RECAIDA
DEL ENFERMO J. L. D.



CURVA NUM. 4

EL DIA 12 (2 de agosto) SE LE APLICO LA SEGUNDA INYECCION DE NEOSALVARSAN DE 0.15 gr.

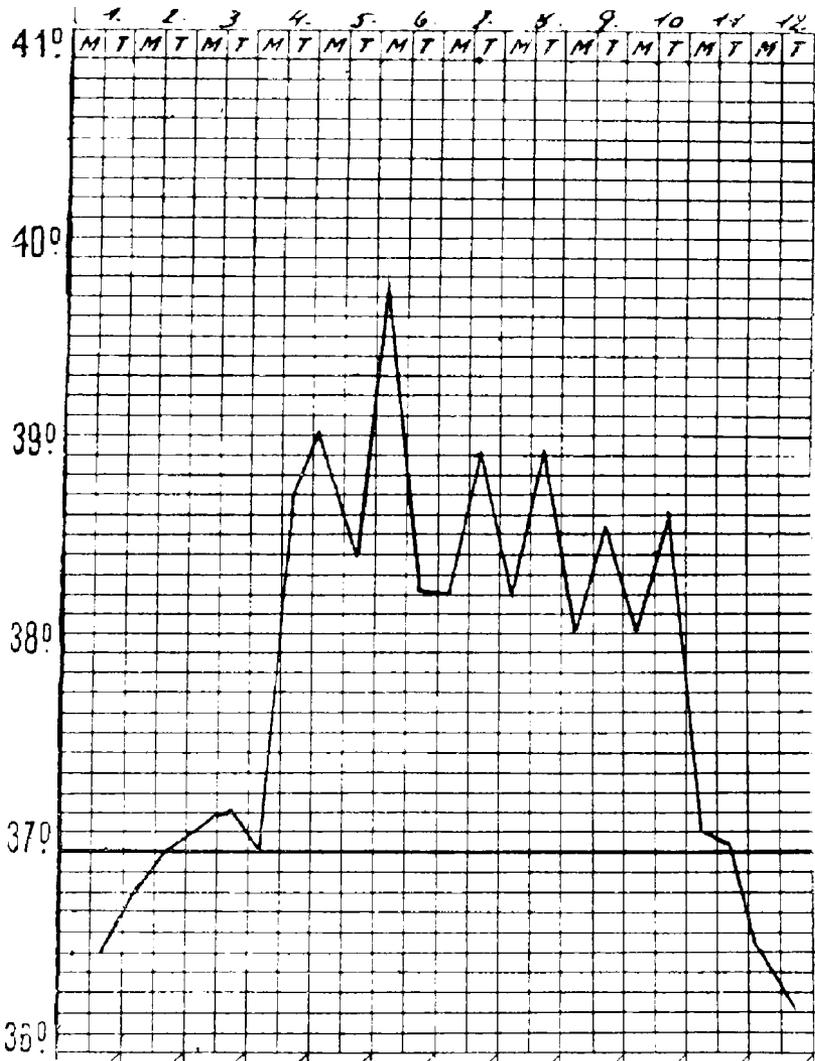
EL DIA 16 (6 de agosto) SE LE APLICO UNA AMPOLLETA DE SULFARSENOL DE 0.18 gr.

Caso 2.—L. V. S.— Parálisis General Progresiva de forma expansiva en período demencial. A este enfermo de profesión militar, le principió su padecimiento con síntomas psíquicos y somáticos muy intensos (agitación psicomotriz, delirio de grandeza, disartria, anisocoria, Argyl-Robertson, exaltación de los reflejos musculares y temblor generalizado).

Se le trató por Neosalvarsán sin resultado y se le hicieron tres inyecciones de fiebre recurrente que salieron negativas. La evolución de su enfermedad marchaba rápidamente, llegando en poco tiempo a presentar profundo estado demencial.



MARCHA QUE SIGUIO LA TEMPERATURA EN EL ENFERMO L. V. S.,
INOCULADO CON SODOKU



CURVA NUM. 5

EL DIA 1° (20 de septiembre) SE HIZO LA INOCULACION.

EL DIA 9 (28 de septiembre) SE LE PUSO UNA AMPOLLETA DE
NEOSALVARSAN DE 0.15 gr.

EL DIA 11 (30 de septiembre) SE LE PUSO UNA SEGUNDA AM-
POLLETA DE NEOSALVARSAN DE 0.30 gr.

Exámenes de laboratorio antes del tratamiento:

En la sangre. Wassermann y Hecht-Weimberg: Positivas Intensas. En el líquido céfalo-raquídeo: Tensión aumentada; aspecto agua de roca: Pandy, positiva; Nonne-Appelt y Noguchi, positivas intensas: Albúmina 0.56 gr. por 1,000 c.c. 47 linfocitos por 1 m.mc. Wassermann: Positiva Intensa. Lange 5.5.5.5.5.4.3.2.1.0.

En septiembre 20 de 1927 se le hizo inoculación intramuscular profunda con 2 c.c. de sangre de cuy infectado con sodoku. Incubación 48 horas. La fiebre llegó a 39.7 y durante ella se acentuaron en el enfermo considerablemente la disartria y el temblor en todo el cuerpo, siendo de tal amplitud que semejaba los movimientos coreicos, por lo que se le suspendió la fiebre el día 28 o sean siete días después de la inoculación (véase curva No. 5), aplicándole una ampollita de 0.15 gr. No fué suficiente y el día 30 se le puso una de 0.20 gr. En tal virtud sólo se le permitieron dos accesos. Ha desaparecido casi el temblor y el paciente L. V. S. presenta ligera actividad psíquica que antes no tenía, no obstante el profundo ataque de sus facultades mentales. Hay que hacer notar que la inoculación profunda e intramuscular no trajo la formación de chancre y que la inflamación no fué muy intensa. En la actualidad se le está tratando por bismúticos.

Posteriormente (Octubre 13 de 1927) el enfermo tuvo un nuevo brote febril de 39° y se ha desmejorado notablemente.

Caso 3:—M. B.— Parálisis General Progresiva de forma expansiva entrando al período de estado. Los numerosos errores de conducta y trastornos de la autocritica que tenía el enfermo, colocándolo en un delicado período médico-legal obligaron a que se le internara violentamente.

Presentaba, acentuándose cada vez más, euforia, megalomanía, agitación psico-motriz, logorrea, signo de Argyi-Robertson, ligera disartria y exaltación de los reflejos rotulianos.

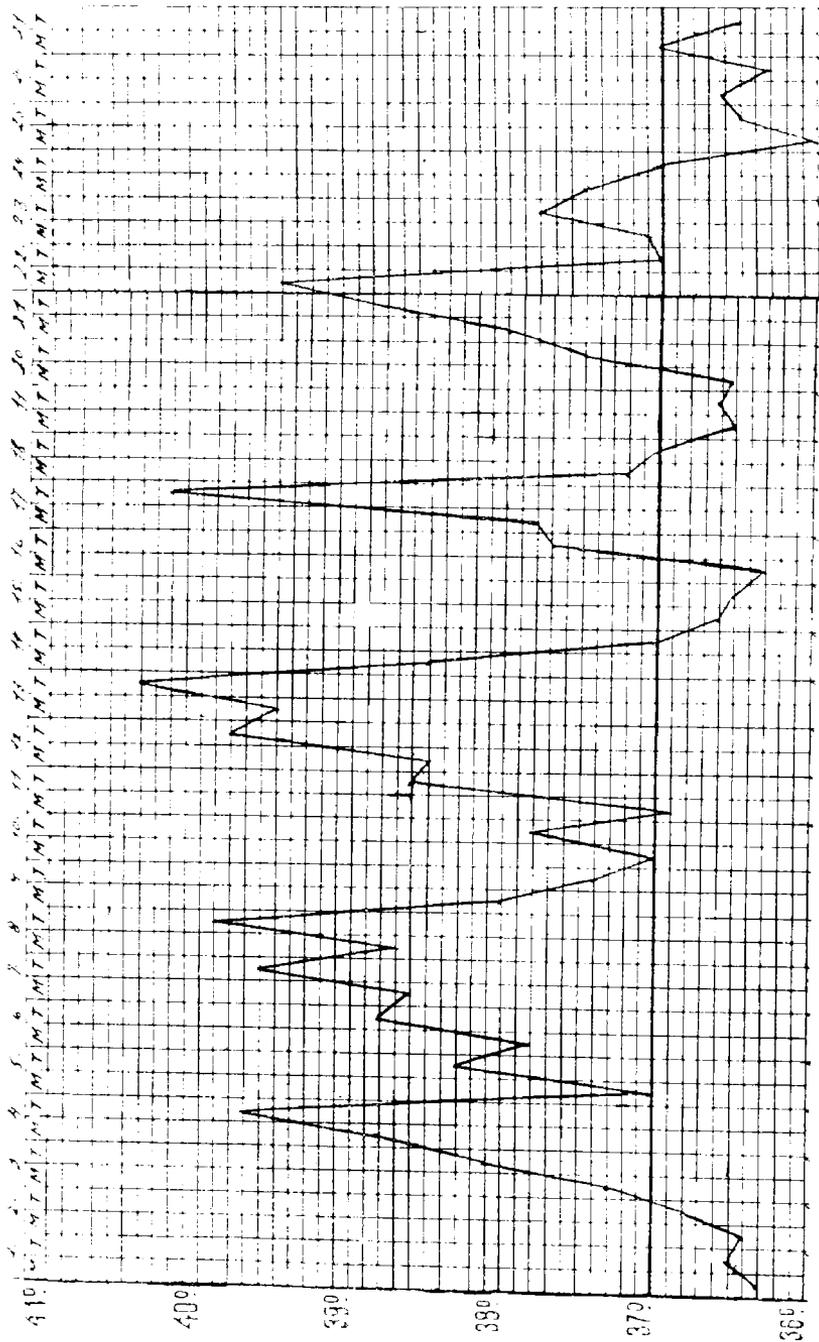
Exámenes de laboratorio antes del tratamiento (Septiembre 3 de 1927):

En la sangre, Wassermann y Hecht Weimberg, positivas intensas. En el líquido céfalo-raquídeo: aspecto agua roca; Pandy, Nonne-Appelt y Noguchi, positivas. Albúmina, 0.38 gr. por 1,000 c.c.; Wassermann, positiva intensa. Lange: 5.5.5.5.5.4.3.2.2.1.0.

A este enfermo a quien no se le había tratado antes por ninguno



MARCHA DE LA TEMPERATURA EN EL ENFERMO M. R.



CURVA NUM. 6

EL DIA 17 (1^o de septiembre de 1927) SE LE HIZO LA INOCULACION.
 EL DIA 22 (22 de septiembre de 1927) SE LE APLICÓ UNA AMPOLLETA DE NEOSALVARSAN DE 0.15 EN EL MOMENTO QUE SE PRESENTABA EL QUINTO ACCESO.
 EL DIA 26 (26 de septiembre de 1927) SE LE PUSO UNA SEGUNDA AMPOLLETA DE NEOSALVARSAN DE 0.30 gr. PORQUE SE ENCUENABA UN NUEVO ACCESO.

específico, fué inoculado profunda e intramuscularmente con 2 c.c. de sangre de cuy infectado de sodoku.

Incubación 43 horas. Se le dejaron cinco accesos (Véase curva N.º 5) habiendo alcanzado la temperatura 40°4. Durante ellos se acentuaron todos los síntomas mentales, presentándose otros de carácter paranoide y fabulatorio. El paciente refería largas narraciones imaginarias acaecidas horas o días antes, en las cuales él era el protagonista.

Aunque los síntomas locales en el lugar de la inoculación fueron muy manifiestos, no se formó chanero. En la segunda semana se le presentó la erupción máculo-papulosa discreta en todo el cuerpo, especialmente en la cara.

A los 22 días de la infección, y en pleno acceso, se le aplicó una ampolleta de Neosalvarsán de 0.15 gr. que no fué suficiente, habiendo sido necesario ponerle otra de 0.30 gr. el día 26, con lo cual curó completamente del sodoku.

Su estado mental permaneció más o menos lo mismo; pero al cabo de dos semanas empezó a desaparecer el delirio de grandeza, la euforia y la excitación, entrando el enfermo en una completa calma. En la actualidad se encuentra clínicamente en una remisión completa, reconoce haber estado enfermo y se apena de todos los errores que tuvo.

Después de una serie de 10 ampolletas de bismuto coloidal aplicadas intravenosamente, se le practicaron los exámenes del líquido que dieron los resultados siguientes: (octubre 17 de 1927):

Aspecto, agua de roca; Pandy, Nonne—Appelt y Noguchi, positivas intensas. Albúmina 0.36 gr. por 1.000 c.c. 42 Leucocitos por 1 m.mc. Wassermann gradual, positiva intensa con 0.1 c.c. de líquido céfalo-raquídeo. Lange: 5.5.5.4.3.3.2.1.0.0.

Como se ve, no hubo modificación del líquido céfalo-raquídeo después del tratamiento; pero el enfermo permanece en remisión clínica completa y su estado físico es muy favorable, pues ha aumentado de peso.

El sodoku es un método recomendable para tratar a los paralíticos generales y de fácil aplicación y curación. Todo depende de instituirlo con oportunidad, de vigilar al enfermo durante la infección y de suspenderla inmediatamente que se note agotamiento o sobrevengan complicaciones.

C —TRATAMIENTOS MIXTOS Y OTROS TRATAMIENTOS.

Pocas veces se usan los tratamientos específicos y piretoterápicos aisladamente, pues por lo general se han aplicado combinándolos: arsenicales --bismutados; arsenicales— yodurados; arsenicales —mercuriales; Malarioterapia— Neosalvarsán; etc., etc. Tales combinaciones son numerosas y muchas de ellas las he mencionado ya.

El nucleinato de sodio (Fischer y Donath), se ha recomendado a altas dosis simultáneamente al tratamiento neosalvarsánico y bismútico, en atención a su poder leuco-activante y piretógeno; pero en las dosis aconsejadas produce intolerancia y trastornos hepáticos. Sus resultados son muy dudosos. Otros lo han aplicado con lacto-proteínas.

Se encuentra en el mismo caso el ácido nucleínico, preconizado por Brown y Rols.

A. Marie y B. Kohen presentaron en la Sociedad Terapéutica Francesa una comunicación en la que señalaban magníficos resultados obtenidos por ellos en paralíticos generales, tratados con tuberculina en dosis progresivamente crecientes y bismuto (Treposan).

Claude y Targowla también emplean la tuberculina y el bismuto asociados; pero aparte de los resultados muy variables que han presenciado, se ha observado que esta terapéutica si se aplica a sujetos que sean al mismo tiempo tuberculosos, provoca accidentes de consideración.

El entusiasmo despertado por la Piretoterapia ha conducido a varios investigadores a producir hipertermias por diferentes métodos, como leche o sustancias proteicas, electrargol, oro coloidal, bacterinas tifoideas, vacunas estrepto-estafilocócicas etc. Estos métodos en asociación con algún específico.

El Bismuproteol, dado a conocer por Navarro Martín en el último Congreso Médico celebrado en Sevilla, es un medicamento que además de contener una sal soluble de bismuto, encierra proteínas de leche cuya acción provoca intensa hipertermia. El Dr. Bejarano de España comunica haber obtenido buenos efectos con este producto.

En un paralítico general estuve empleando inyecciones intravenosas de Gono-Yatrén que producían elevación térmica hasta de 40° e inyecciones de bismuto coloidal; pero no obtuve resultado alguno.

El sistema terapéutico que me parece más ventajoso de emplear en la actualidad, entre todos los enunciados anteriormente, es el de la Piretoterapia asociada con el bismuto coloidal. Aisladamente he habla-

do de uno y otro para no insistir más y sólo voy a concretarme en señalar la técnica que estoy siguiendo.

Provocar la infección de sodoku y dejarla durante varios accesos hasta la mayor tolerancia del sujeto; aplicar una a tres inyecciones de Neosalvarsán sin pasar de la dosis de 0.30 gr. para curarla, e instituir tratamientos en series de bismuto coloidal (de 15 a 20 ampollitas de 2 c.c. una diaria o terciada. Por vía intramuscular; pero preferentemente intravenosa. Descansos de 15 días a un mes).

Este es el tratamiento, como digo, que juzgo más útil hasta el momento presente, pues ha sido sancionado por la práctica y es el que da mayor número de resultados favorables con el mínimo de complicaciones o accidentes.

III

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

A. TRATAMIENTO HIGIENICO.

Las atenciones de higiene que deben darse a los paralíticos generales quedan comprendidas dentro de los preceptos de higiene propios a los enfermos nerviosos y mentales. A este respecto conviene consultar la obra de H. Bonyer y M. Sistéron (22) y para no insistir largamente sobre el particular voy a referir en concreto los puntos especiales propios a los meningo-encefalíticos.

Proscribir todo trabajo intelectual y físico, especialmente el primero, pues no estando muy avanzada la dolencia, los enfermos pueden realizar ejercicios moderados y paseos por el campo. En Tlalpam y en el Manicomio de Mixcoac tienen sus horas de ejercicio en el jardín. Algunos autores aconsejan la gimnasia con o sin aparatos. Si acaso puede aceptarse, siempre ha de ser bajo la vigilancia médica y en pacientes que estén en condiciones físicas favorables.

La alimentación sana y abundante, pero limitada, pues como es bien sabido los paralíticos generales tienen constantemente hambre, comen todo lo que se les dá y nunca se satisfacen, lo que con frecuencia ocasiona trastornos digestivos que repercuten sobre su dolencia. Ade-

(22)—Henri Bonyer y Martín Sistéron.—L'Hygiène Mentale et Nerveuse Individuelle.—Mabine. Ed. Paris.—1926.

más, evitar que coman de prisa y con glotonería; los expone a defectuosa masticación y en ocasiones a asfixia porque el bolo alimenticio se les va a la laringe. Esto es muy frecuente en los manicomios, lo he observado en varias ocasiones y recientemente la prensa diaria nos cuenta el caso de un paciente muerto en el Manicomio General por esta circunstancia. De aquí que la vigilancia sea extrema, recomendando que se dividan los alimentos en pequeñas porciones, principalmente la carne. No reunir a los enfermos durante las comidas, pues se roban unos a otros sus alimentos.

En los estados negativistas o caquécticos, la alimentación se hará por sonda y como ordinariamente existe hipoestesia o anestesia laringofaríngea, hay que tener cuidado de no introducirla a la laringe.

Los emontorios han de ser vigilados, de aquí el empleo de terapéutica sintomática a la cual después me referiré.

Es muy conveniente favorecer la eliminación cutánea, lo cual se hará por medio de baños calientes o tibios, que al mismo tiempo sirven para sedar el sistema nervioso y para tenerlos aseados.

La brusquedad de sus reacciones y la torpeza de la marcha, los expone a sufrir caídas o golpes, punto que debe ser siempre tenido en cuenta por los enfermeros encargados de su vigilancia, pues recuerdo el caso de un paralítico general quien, estando solo, se cayó fracturándose el cráneo, a cuyas consecuencias murió.

Las escaras pueden prevenirse por medio del aseo y dando cambios de posición a los pacientes cuando están encamados, lo que también previene la pulmonía hipostática muy frecuente en la enfermedad de Bayle. Tan luego como se note enrojecimiento en la piel producido por la presión, se protegerán con algodones o ruedas de hule. Si las escaras existen ya, la limpieza y cambio de ropa se hará más seguido.

Reglamentar sus horas de sueño, favoreciéndoles este último, por los medios que adelante señalo y evitar la desnutrición usando reconstituyentes.

Para llevar a cabo las prescripciones higiénicas que acabo de enumerar, es indispensable que los familiares o enfermeros que atienden a los pacientes lo hagan con verdadera escrupulosidad y cuidado, pues muchos accidentes a los que están expuestos son motivados por el descuido en que a veces se les tiene.

B. — TRATAMIENTO DE LOS ESTADOS DE EXCITACION

Los estados de excitación que se presentan en las formas expansivas de la Parálisis General Progresiva, pueden ser desde ligera excitación psíquica hasta intensa agitación motriz, constituyendo síndromos maniacos alarmantes.

Para calmar los síntomas, conviene primero recurrir a sedantes físicos. La **clisoterapia prolongada** es útil, pero muy difícil de realizarse por la inquietud de los pacientes, a menos que se les obligue a permanecer acostados para lo cual es necesario sujetarlos. Es un método que no se puede generalizar.

La balneoterapia caliente a 33° o 35° de una a cuatro horas de duración es muy ventajosa y en mi práctica casi siempre la empleo; requiere algunas precauciones pues favorece las congestiones venosas y podría desencadenar ictus; además, provoca la maceración de la piel. Para evitar lo primero, se coloca una esponja o una toalla empapada en agua fría sobre el cráneo cambiándola varias veces durante el baño. Para lo segundo, no prolongar mucho la duración, si los enfermos tienen piel delgada o si son obesos.

Las corrientes de alta frecuencia especialmente en "el lecho condensador" que han sido muy recomendadas, las he encontrado poco útiles y en varios casos usados por mí, sólo en uno mitigaban la excitación y favorecían el sueño.

Los medicamentos químicos, pueden serlo todos los sedantes del sistema nervioso; pero por sus mejores efectos son recomendables los bromuros, el cloral, la Neurinase, y por su acción más potente, el opio (Pactel y Bonhomme) el Sedaryl, el Somniféne, el veronal y medinal. La hioscina sólo en casos muy especiales conviene administrarse por su acción tóxica y porque se acumula.

Estos mismos agentes pueden emplearse para tratar el insomnio que en ocasiones es muy rebelde.

C. — TRATAMIENTO DE LOS ESTADOS DE DEPRESION.

Los estados de depresión que se presentan en las formas melancólicas e hipcondriacas de la dolencia, requieren ser atendidos debidamente.

La clisoterapia es útil en ciertos casos porque evita que los enfermos se agoten y porque se les tiene estricta vigilancia, pues en tales for-

mas con frecuencia se presentan raptus. Comunmente hay negativismo y sítiofobia, lo que requiere alimentación por sonda esofagiana, cateterismo de la vejiga, y enemas evacuadores o purgantes.

La estrienina en dosis bajas, de 0.001 a 0.003 gr. al día sirve para estimular el sistema nervioso lo mismo que los preparados de fósforo.

D.—TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICION.

La desnutrición se presenta temprana o tardíamente en los enfermos y se combate por medio de alimentación apropiada y nutritiva. Tal es por ejemplo el uso de los ponches de leche y huevos con peptona o avena. Además, los tónicos generales por vía oral, hipodérmica o intramuscular.

Nosotros usamos inyecciones de suero glucosado en cantidad de 50 c.c. diarios o terciados según el caso y hemos observado efectos benéficos.

Las escaras que casi siempre se presentan en estas condiciones, son tratadas, además de la limpieza que ha de hacerseles, por soluciones anti-sépticas como permanganato de potasio, Clorazena, Neosilvol; las duchas de aire caliente, la ambrina y el talco estéril son muy recomendados. Algunas veces en que han sido rebeldes, hemos empleado como tratamiento local, caldos bacterianos y como tratamiento general, pequeñas dosis de insulina. En algunos casos han llegado a cicatrizar.

Las pomadas y ungüentos no son de recomendarse, salvo la pomada de Trépol que nos ha sido útil.

E.—TRATAMIENTO DE LOS ICTUS.

Los ictus a que están expuestos los pacientes y que revisten todos los grados posibles, desde muy ligeros hasta mortales, son tratados hace mucho tiempo principalmente por revulsivos y derivativos y se han usado a este respecto: sinapismos, sanguijuelas, sangrías, enemas, purgantes, etc.

El procedimiento que en la mayoría de los casos hemos empleado ha sido el de purgantes drásticos y copiosos lavados intestinales. A más, la inmovilidad en cama y aplicación de toni-cardiacos como aceite alcanforado. Si la tensión arterial es muy elevada, emplear algunos hipotensores.

En ciertas ocasiones he comprobado el beneficio de la sangría cuando se trata de ictus congestivos.

F.—TRATAMIENTO DE OTROS SINTOMAS.

No sería posible enumerar todos los tratamientos sintomáticos que conviene emplear, pues son numerosos y naturalmente acondicionados a cada caso particular. He mencionado los principales y ahora voy a dejar señalados otros que no deben perderse de vista.

El tratamiento de la constipación se hace por medio de purgantes, principalmente aceitosos una o dos veces al mes, y cada día o cada tercer día se emplearán laxantes mecánicos como Petrolagar, Agarol, Nujol etc., pues la vigilancia sobre el intestino asegura el menor número de accidentes y complicaciones. La retención de orina, muy frecuente en los estados terminales, se trata por el cateterismo seguido de lavados antisépticos con solución de ácido bórico o de permanganato de potasio.

En los paralíticos tratados por mercurio o bismuto, que a menudo presentan estomatitis y nefritis, se les prescribirá la terapéutica para estos casos, ampliamente conocida por todos.

Existen otros padecimientos asociados a la meningo-encefalitis con mayor frecuencia de lo que a primera vista parece. En un conjunto de cien enfermos encontré: 95% tabaquismo; 80% alcoholismo crónico; 3% epilepsia; 3% tabes, 2% melancolía, 2% hemiplegias; 1% mielitis; histeria. Algunos autores han citado el síndrome de Basedow-Graves; la esclerosis en placas; la corea, etc. Naturalmente que los tratamientos de estas enfermedades no caben dentro del presente trabajo, sino que sólo los menciono para recordar que deben sumarse al tratamiento especial de la meningo-encefalitis. Sin embargo, no quiero pasar por alto tres particularidades morbosas que le están casi siempre unidas y que son: las aortitis; la arterioesclerosis y la hipertensión. En estos casos he usado los yoduros por largo tiempo hasta la dosis de 4 gr. al día y en las grandes hipertensiones, preparados de muérdago que también tienen acción sobre los procesos esclerosos.

G. INTERNAMIENTO.

La mayor parte de las alienistas y sifilógrafos, convienen en que los paralíticos generales deben ser internados en sanatorios para insanos

Tal manera de ver me parece perfectamente justificada desde dos puntos de vista: uno social, otro médico.

Con respecto al primero es una necesidad, principalmente durante el período prodrómico de la dolencia, sin que ésto quiera decir que no lo sea en los demás períodos, para salvaguardar al enfermo de sus reacciones antisociales, de sus errores de autocrítica, del despilfarro de sus intereses económicos y para defender a los familiares de sus impulsos y de sus iras. Asunto es éste que se encuentra dentro del terreno de la Medicina Social y Legal y que sin entrar en grandes consideraciones, es suficiente haber observado la conducta de un paralítico general viviendo en el medio social y familiar para justificar tal determinación.

Desde el punto de vista exclusivamente médico, el internamiento es necesario porque dentro de él se le puede someter más fácilmente a un régimen higiénico. Su vigilancia se hace más cuidadosa y estricta. Se le tiene aislado y por tanto desaparecen las excitaciones que ayudan indiscutiblemente a acelerar su mal; se le aleja de la facilidad de entregarse a excesos alcohólicos y venéreos y por último, se puede implantar y vigilar el tratamiento cualquiera que éste sea, pero especialmente si se le somete algún método de Piretoterapia. Baste recordar las palabras de Mühlens que señalo en otro lugar para comprender lo importante de ésta medida.

O'Leary (23) no sólo aconseja que el paciente esté internado durante su enfermedad y el tiempo que dure el tratamiento, sino que aun mejorando u obteniendo una franca remisión, debe permanecer recluido por otro tiempo más y a este respecto dice: "me parece que conviene de nuevo llamar la atención sobre el hecho de que el método (se refiere a la Paludoterapia) entraña sus peligros y el enfermo debe permanecer por lo menos un mes más en el hospital para atender a los accidentes que vengan ocasionalmente".

Casos hay en que los pacientes pueden ser atendidos en su casa, tales como las formas demenciales de la enfermedad o en los períodos avanzados, pero a mi modo de ver y esto no es simplemente una opinión teórica, sino lo que la práctica me ha enseñado, todo paralítico general debe ser internado, para que dentro de un criterio estrictamente científico pueda recibir las atenciones y cuidados indispensables a su enfermedad.

(23).—O'Leary Paul A.—Paludoterapia en la Neurosífilis.—Tres años de Observaciones en los Primeros 100 Enfermos.—*Tr. J. A. M. A.*—Vol. 18 No. 2. —Julio 15.—1927.



Este trabajo, en el que he querido sintetizar el estado actual en que se encuentra el tratamiento de la Parálisis General Progresiva, señalado por la Academia Nacional de Medicina para el concurso del presente año, no lo doy por terminado. Queda abierto para agregarle los nuevos estudios que del País y del Extranjero llegan a mí; para ampliar con mis futuras observaciones las aquí consignadas, que aunque humildes, cada una de ellas representa un pequeño esfuerzo, un anhelo de esperanza, un deseo de realizar el bien a cada enfermo. Ojalá que mis ojos vean algún día la verdadera curación de la Parálisis General Progresiva. Aunque optimista, no lo creo y tal vez no sea sino en futuras generaciones cuando sea un hecho indiscutible tal adelanto de la Medicina. Mientras tanto, me contento con seguir la conducta que en mi vida de médico me he trazado: Observar. Trabajar. Esperar.

DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO.

B I B L I O G R A F I A

- Bríoso Vasconceles A.—Tratamiento de la Neurosífilis.—México.—1924.
- Manteca Parra Manuel.—La Inoculación de la Malaria en la Parálisis General Progresiva.—México.—1915.
- Torres Luquín Plutarco.—Breves consideraciones Acerca del Procedimiento de Corbus, O'Connor, Lincoln y Gardner para el Tratamiento de la Neurosífilis.—México.—1924.
- Castro y de la Parra Eduardo.—Consideraciones Sobre el Tratamiento de la Parálisis General.—México.—1927.
- Mooser Herman.—Sobre la Enfermedad Producida por la Mordedura de Rata (Sodoku).—Gaceta Médica de México.—Tomo LVII y LVIII Febrero y Marzo.—México.—1927.
- Mühlens P.—Sobre el Tratamiento de la Parálisis General Progresiva por Inoculación de Malaria y Fiebre Recurrente.—Conferencia sustentada en la Academia Nacional de Medicina el 23 de mayo de 1927, publicada en la Gaceta Médica de México. Tomo LVIII.—Marzo de 1927.—México.
- Grinker Julius.—Syphilis of the Nervous System.—Tice's Practice of Medicine.—Vol X.

- Grinker Julius.—General Paresis.—Tice's Practice of Medicine.—Vol X.
- O'Leary Paul A.—Paludoterapia en la neurosifilis.—Tres años de observaciones en los primeros cien enfermos.—The Jour. of Amer. Med. Assn. Vol. 18.—No. 2.—Julio 1927.
- O'Leary P. A., Goeckerman W. H. and Parker.—Treatment of Neurosyphilis by Malaria.—Further Observations.—The Jour. of Amer. Med. Assn.—550—59.—Nov. 1926.
- Dawson W. S.—La Triparasamida en la Parálisis General.—Lancet.—Londres.—Agosto 1925.
- Lacapice et Lauret.—Le Traitmens de la Syphilis.—Paris.—1925.
- Mühlens P. W., Weygandt y W. Kirsbaum.—Tratamiento de la Parálisis General Progresiva con Inoculaciones de Malaria y Fiebre Recurrente.—Rev. Med. de Ham.—Jul. 1920.
- Mahoux.—Le Traitment de la Syphilis par l'Acetylarsan.—Toulouse.—1923.
- Factet & Bonhomme.—Psychiatrie.—Tome II.—Traité de Pathologie Medicale de Therapeutique Appliquée.—Emile Sergent.—L. Ribadeu Dumas.—L. Babonneix.—A. Maloine et Fils. Ed.—Paris.—1925.
- Ball, Chas R.—The Nature Diagnosis and Treatment of General Paresis.—The Jour. of Amer. Med. Assn.—Oct. 1913.
- Church & Peterson.—Nervous and Mental Diseases.—W. B. Saunders. 1921.
- Dana C. L.—Curability of Early Paresis.—The Amer. Med. Assn. 1923.
- Fournier.—Les Affections Parasyphilitiques.—Paris.—1894.
- Gilpin and Early.—Drainage of the Cerebrospinal Fluid as a Factor in the Treatment of Nervous Syphilis.—Ibid, Jan.—1926.
- Hannond, G. M. and Sharpe Norman.—The Treatment of Paresis by Injections of Neosalvarsan into the Later Ventricle.—Ibid.—Dec. 18, 1915.—Jul. 7. 1917.
- Jelliffe & White.—Diseases of the Nervous System.—Lea & Febiger. Philadelphia.—1925.
- Kraepelin Emile.—Kraepelin's Psychiatric.
- Ogilvie H. S.—The Intraespinal Treatment of the Nervous System with Salvarsanized Serum of Standard Strength.—The Jour. of amer. Med. Assn. Nov. 14. 1914.
- Pilez A.—Von Wagner's New Treatment of General Paresis.—The Lancet.—CCIV.—1923.

- Sharpe N.—The Intraventricular Treatment of Paresis.—*Amer. Jour. Syph.*—1918.
- Simon Clemente.—El Yodo en el Tratamiento de la Sífilis.—*Le Mon. Med.*—Oct. 15.—1923.
- Regis E.—*Precis de Psychiatrie.*—Librairie Octave Doin.—Paris.—1923.
- Dercum Francis X.—*A Clinical Manual of Mental Diseases.*—Saunders. 1918.
- Gruhle Hans W. *La Psiquiatria para el Médico Práctico.*—Editorial Labor S. A.—Barcelona.—1925.
- Levy Valensi.—*Precis de Psyshiatric.*—J. B. Balliere et Fils.—Paris.—1926.