(2) The Bone picture of otoesclerosis: The Theory of this Experimental Reproduction, **Moritz Weber**, M. D., San Francisco. Archives of Oto-Laringology. Vol. 12, pág. 608.

(3) Comunicación en el XLVIII Congreso Anual Francés de Oto-Rino-Laringología, a mediados de octubre de 1935. Citada por Les Annales d'Oto-Laryngologie de Paris y por Le Monde Médical, 1-15 de abril de 1936, pág. 412.

(4) Hughson and Crowe. Experimental investigation of the Physiology of the Ear, Acta oto-laryn. 18, 291, 1933. Citada por los Dres. **Meltzer y Gettes.** Archives of Oto-Laryngology. Vol. 21, pág. 491. 1935.

Valoración a través del tiempo de la terapéutica en la Parálisis General Progresiva

Por el Dr. Samuel Ramírez Moreno*

I

EL PROBLEMA MEDICO-PRACTICO ACTUAL

Desde el siglo XVIII, en que Haslam y Perfect se fijaron en la parálisis general progresiva señalándola "entre las formas de terminación de la locura", y en 1823 Bayle hizo su perfecta descripción como una entidad morbosa, numerosísimos libros y artículos se han escrito sobre esta dolencia, fruto todos ellos de investigaciones clínicas, etiológicas, patogénicas y terapéuticas, que médicos de todos los países y de todas las razas han dado a conocer como consecuencia de sus estudios y observaciones, al grado de que Baillarger (1) ha dicho que: "El conocimiento de la parálisis general progresiva ha sido el mayor progreso en la historia de las enfermedades mentales."

De todos los problemas que esta dolencia ha planteado, sin duda alguna, los más trascendentales son los que se refieren a la etiología y a la terapéutica. Cuántas opiniones, cuántos argumentos, cuántas contradicciones para llegar a estos dos conceptos indiscutibles ya y universalmente aceptados:

1º Que la parálisis general progresiva es de origen sifilítico;

* Leído como trabajo de ingreso en la sesión del 14 de octubre de 1936.

2º Que la piretoterapia, hasta ahora, es el tratamiento por excelencia de esta enfermedad.

Tales preceptos han hecho cambiar en el transcurso de los últimos veinte años las ideas que se tenían de tal dolencia, pues la noción de que puede ser mejorada o curada se ha impuesto de tal modo, que uno de los más pesimistas respecto a su pronóstico, el doctor Nonne (2) —que siempre negó el beneficio de cualquier tratamiento—, al observar los resultados de la malarioterapia, no pudo menos de expresar: "Puesto que hace 36 años vengo tratando paralíticos generales, comparativamente debo decir que no he visto antes tan frecuentes, intensas, duraderas y complejas remisiones."

Es el diagnóstico oportuno de esta enfermedad y su tratamiento lo más importante desde el punto de vista de la práctica médica actual, y a este último respecto, Vallejo Nájera (3) asienta que: "Transformada la parálisis general, de afección fatalmente mortal en posiblemente curable, adquiere el médico el deber moral de combatir tan terrible dolencia usando de todos cuantos recursos pone la ciencia en sus manos."

Pero la experiencia obtenida durante los últimos veinte años en distintos países y por numerosos autores, en miles de enfermos tratados por diversos métodos, ha señalado contraindicaciones, desventajas y utilidad de éstos, lo que ha servido para orientar la conducta terapéutica con mayores probabilidades de éxito y menores peligros para los pacientes.

Sin embargo, aún persisten divergencias de criterio en aspectos, por ventaja de segunda importancia, en lo que se refiere a selección de tratamientos y apreciación de sus resultados, aunque hay acuerdo en lo fundamental; mas en la práctica, y antes de instituir la terapia apropiada, es conveniente observar las siguientes cuatro condiciones:

1ª **Asegurar el diagnóstico.** Es decir, precisar y valorar la sintomatología clínica y practicar siempre los exámenes del líquido céfalorraquídeo, para no confundir la enfermedad de Bayle con otro padecimiento neuropsíquico, o bien con alguna diversa forma de sífilis nerviosa.

2ª **Hacer cuidadosamente los cuadros clínico y de laboratorio** antes de instituir los tratamientos y repetir aquéllos periódicamente después, para compararlos entre sí, y de este modo seguir la evolución

del mal, apreciar los resultados de la terapia y dirigir la conducta futura.

3ª **Instituir el tratamiento inmediatamente que se establezca el diagnóstico**—con las precauciones debidas en cada caso—, pues todo retardo, como señala Grinker (4), puede significar lesión irreparable del tejido nervioso.

4ª **Observar durante mucho tiempo a los enfermos**—aun por espacio de años; tratarlos enérgicamente, de manera constante, con períodos adecuados de descanso—, persiguiendo la tendencia de lograr su mejoría y comprobar si las modificaciones favorables persisten, pues hay que considerar a los paralíticos generales como crónicamente enfermos, aun aquéllos de brillantes remisiones, no dejarlos a su suerte y sólo hablar de curación cuando desaparezcan definitivamente los síntomas clínicos al igual que los del líquido céfalorraquídeo.

II

MIS PRIMERAS OBSERVACIONES CON TRATAMIENTOS ESPECIFICOS ANTES DE EMPLEAR LA PIRETOTERAPIA

Desde mi vida de estudiante he tenido especial interés por el estudio y tratamiento de la neurosífilis, particularmente de la parálisis general progresiva, y mis primeras observaciones las di a conocer hace quince años. (5)

Dos hechos hicieron fijar entonces mi atención sobre este padecimiento: lo aparatoso de sus síntomas y la ineficacia de los tratamientos empleados, pues con más o menos tiempo, los enfermos irremisiblemente morían por la evolución o las complicaciones del mal.

Deseoso de recoger el mayor número posible de casos y ensayar los métodos terapéuticos que eran más recomendados y de los que se hacían grandes elogios, me dediqué a estudiar enfermos de los internados en el "Sanatorio Lavista", de Tlalpan, y acudí al Manicomio General, donde con la ayuda del doctor Ernesto González Tejeda, conseguí en el año de 1922 con el entonces director, doctor Manuel Sunderland, que se formara el "Pabellón de Neurosífilis", que aún subsiste, donde pude reunir a todos los sifilíticos nerviosos de ese establecimiento para someter a los paralíticos generales a diversos trata-

mientos, seguir la evolución de aquéllos y ver los resultados terapéuticos.

Los medicamentos empleados fueron:

1º Los arsenicales;

2º Los bismutados, que tenían muy poco tiempo de haber sido dados a conocer por Sazèrac y Levaditi (6-7) en la terapéutica de la lúes;

3º Los mercuriales, y

4º Los yodurados (en poca extensión y sólo como complementarios de los anteriores).

De los primeros utilicé el Salvarsán, el Neosalvarsán, la Arsfenamina, la Neoarsfenamina, el Silversalvarsán, el Glucosalvarsán, el Sulfarsenol y la Triparsamida. El Neosalvarsán fué el más usado, pues prevalecían las ideas de Leredde en el sentido de ser éste el más eficiente en el tratamiento de la parálisis general, y así practiqué los métodos de Sicard (8), Ravaut (9), Milian (10), Leredde (11), Collins (12), y los no menos ingeniosos intrarraquídeos de Gilpin (13), Swift-Ellis (14), Ogilvie (15) y Marinesco (16), así como también el de la canalización espinal sin punción raquídea, de Corbus, O'Conor, Lincoln y Gardner (17), con la modificación de Brioso Vasconcelos (18).

De los mercuriales apliqué los sistemas de inyecciones endovenosas, intramusculares e intrarraquídeas, de acuerdo con la técnica de Byrnes (19), y utilizando en este caso sueros heterólogos mercurializados, que se preparaban **in vitro** por varias casas comerciales.

Como bismutados acudí principalmente al Trèpol y al Neotrèpol, que fueron los primeros en ser lanzados al mercado.

Al realizar estos tratamientos iba sin prejuicio alguno y sólo deseando recoger de la experiencia propia los métodos que fueran más eficaces y menos peligrosos para los enfermos.

Estudié más de doscientos casos, pero no en todos ellos pude seguir una observación minuciosa: unos se me perdieron de vista y otros dejaron de tratarse, por lo que seleccioné cien que me sirvieron para presentar mi tesis recepcional. De ellos resumo el período evolutivo en que se encontraban y sus formas clínicas en el cuadro I, A y B.

CUADRO I

OBSERVACIONES EN 100 ENFERMOS PARALISIS GENERAL PROGRESIVA

(DE 1921 a 1924) (OBSERVACIONES PERSONALES)

"A" SEGUN EL PERIODO EVOLUTIVO

PRODROMICO	PRINCIPIO	ESTADO	TERMINAL
2	7	44	47

"B" SEGUN LA FORMA CLINICA

Formas Simples		Formas Mixtas	
Maniaca o Expansiva	39	Maniaca Alucinatoria	8
Melancólica	12	Melancólica - Alucinatoria	5
Demencial simple	9	Melancólico-Maniaca (Forma circular)	4
Alucinatoria	6	Maniaca - Confusa	4
Confusa	4	Melancólico-Confusa	3
Paranoide	2	Melancólico - Hipocondriaca	2
Hipocondriaca	2	Total	100

"C" SEGUN EL RESULTADO CLINICO DEL TRATAMIENTO

Resultados:	Neosalvarsan:	Trepol:	Neotrepol:
Ninguno	45%	47%	15.5%
Mejoria al Principio	15%	----	15.5%
Ligera Mejoria	7%	35%	23.0%
Remisión parcial.	11%	12%	23.0%
Remisión Completa.	22%	6%	23.0%

LA REMISION MAS LARGA DURO CUATRO AÑOS

Las remisiones favorables que pude recoger, decía entonces "que no tenía la pretensión de creer fueran exclusivamente por la terapéutica, sino también ayudadas por la evolución del padecimiento en cada caso y por las condiciones de higiene y los tratamientos sintomáticos empleados".

De los casos que no se modificaron o de aquellos que empeoraron, hubo que tenerse en cuenta que los pacientes eran de hospital y se encontraban en su mayoría en períodos avanzados de la enfermedad.

Los resultados globales de mi estadística, que Vallejo Nájera, de España, resume en reciente publicación (3), se consignan en el cuadro 1-C.

Los casos de inyecciones intrarraquídeas no los consigné en la estadística, porque en casi todos, los resultados fueron muy desfavorables y porque este procedimiento lo practiqué en número limitado de pacientes, ya que empezaron a darse a conocer accidentes y peligros de esos métodos, algunos de los cuales tuve ocasión de presenciar.

Cuando cerré mi tesis recepcional, de los cien enfermos estudiados habían muerto treinta y tres, por las siguientes causas.

Por ictus y hemorragia cerebral	12
Por caquexia	11
Por septicemia (infección por escaras)	5
Por miocarditis aguda	1
Por gastroenteritis	1
Por tuberculosis pulmonar	1
Por enteritis tuberculosa	1
Por asfixia	1

Debo señalar que los enfermos restantes fueron muriendo después. Volvieron a recaer y casi ninguno, que tuvo remisión, sobrevivió más de cuatro años después de 1924.

De tales resultados pude apreciar que los tratamientos específicos, por sí solos o combinados son incapaces de curar la parálisis general progresiva y, si acaso, favorecen algunas remisiones pasajeras, pero algunos de ellos, en ciertos métodos, son peligrosos y aun nocivos.

III

SELECCION DE TRATAMIENTOS

En estos doce años posteriores a mis primeros trabajos, he continuado sin descanso tratando paralíticos generales y otros neurosifilíticos. En algunos cientos de enfermos vistos por mí, muchas modificaciones he hecho a los primeros tratamientos, rechazando unos métodos y sistematizando el empleo de otros, y en diversas épocas he expuesto mis humildes opiniones con los resultados de mi práctica, especialmente en la "Memoria de Concurso" que presenté a esta Academia en 1927. (20)

Entonces ya excluía por varias razones el empleo definitivo de los arsenicales en la parálisis general progresiva y en todas las neurosífilis y me mostraba abiertamente partidario de los métodos piretógenos, pasando en revista los principales con la técnica y resultados obtenidos por mí. Recomendaba de los medicamentos específicos, a los bismutados; pero como medicación asociada o de complemento a la hiperpirexia.

Los medicamentos específicos arsenicales, bismutados y mercuriales, como indiqué antes, no está demostrado en ningún caso que por sí solos curen la parálisis general progresiva, pues antes del empleo de la piretoterapia no se han observado casos de ese padecimiento que hayan sido definitivamente aliviados y en los que hayan desaparecido los síntomas clínicos y de laboratorio; pero los arsenicales, venenos neurótropos, especialmente los trivalentes, es indudable que constituyen terapéutica ineficaz y peligrosa. Ya he señalado en otras ocasiones (20) los accidentes, aun mortales, que producen, además de innumerables otros que la literatura médica ha ido confirmando por la observación de numerosos autores.

Estos hechos, que comprobé desde varios años atrás, me han abstenido desde hace doce del empleo de productos arsenicales y he tenido la gran satisfacción de no haberlos necesitado hasta la fecha; mas, en cambio, sigo observando pacientes de parálisis general progresiva y de otras neurolúes, tratados con ellos por otros médicos que no los mejoran de sus síntomas, sino que en algunos se presentan accidentes y complicaciones múltiples.

Me cabe la satisfacción de haber sido de los primeros médicos en

México de combatir el empleo del arsénico en la parálisis general progresiva, cuando estas ideas eran conceptuadas como blasfemias, principalmente por muchas personas que, con escasa o sin ninguna experiencia personal, se influenciaban por la literatura médica extranjera que en este sentido, sin duda alguna, ha sido hecha en gran parte como propaganda de las casas comerciales; pero el tiempo ha ido trayendo cada vez mayor número de adeptos a la supresión de terapéuticas arsenicales en la neurosífilis, y actualmente éste es un conocimiento bastante extendido entre los médicos, el cual por desgracia se ha ido imponiendo debido a las dolorosas experiencias de la práctica diaria. Sin embargo, aún hay algunos partidarios del Neosalvarsán, de la Triparsamina y de otros arsenicales a quienes no ha servido de ejemplo la producción de accidentes, como ictus, hemorragias córtico y subcorticales, neurorrecidivas, reacciones de Herxheimer, atrofias ópticas y muchas otras serias complicaciones, para que dejen de usarlos.

Creo e insisto a este respecto, como lo he venido señalando desde hace mucho tiempo, que los arsenicales no sólo son perjudiciales en la neurosífilis, sino que tienen otro inconveniente que desde hace años sospeché y que ahora he confirmado: el tratamiento de numerosas formas clínicas en las sífilis llamadas dermótropas y esplacnótropas por estos medicamentos favorece las localizaciones nerviosas del treponema. En más de 25% de neurosifilíticos que he examinado en los últimos diez años, encuentro que de cinco a veinte años atrás tuvieron accidentes primarios, secundarios y aun terciarios y fueron tratados por arsenicales, principalmente por el antiguo 606, por Neosalvarsán y por Triparsamida. En apariencia quedaron curados y en muchos las reacciones de la sangre se hicieron negativas; sin embargo, tal terapéutica no fué suficiente para detener las localizaciones nerviosas de los gérmenes y ver aparecer posteriormente cuadros de parálisis general, de tabes y de otras formas de neurosífilis.

Si el treponema no es destruído por el arsénico en sus primeras aplicaciones, aquél busca un refugio adecuado para su vitalidad y defensa, como es el sistema nervioso, y aumenta su resistencia arsenical, lo cual ha sido ya señalado por numerosos autores. (4)

Estos casos, favorecidos o provocados por la terapéutica arsenical, son mucho más rebeldes para ser sometidos a la paludoterapia, y, en ocasiones, resultan negativas las inoculaciones.

Con respecto a los demás específicos, los mercuriales, poco útiles, los empleo escasamente, y los yodurados sólo como medicación asociada, más por sistema que por eficacia, principalmente en las formas intersticiales o vásculo-conjuntivas. Los que uso habitualmente, como antes indiqué, son los bismutados (coloidales y solubles, de modo especial) en forma intensa, asociados a los métodos de piretoterapia, tanto porque los dichos bismúticos son más tolerables y no peligrosos como por su mayor penetración al sistema nervioso.

La introducción de la hiperpirexia vino a modificar la terapéutica de la neurosífilis, y así como la medicación específica, la producción de fiebres e hipertermias la empleo en México entre los primeros médicos y he ensayado casi todas sus formas:

1ª Por inoculación de infecciones febriles: malaria, fiebre recurrente y sodoku.

2ª Por proteínas de origen animal y vegetal. (Vacuna antigonocóccica, de estreptobacilo de Ducrey "Dmelcos", de extracto de tumbavaquero, etc.)

3ª Por substancias piretógenas químicas: azufre en suspensión aceitosa, nucleinato de sodio, colorantes como mercurocromo, etc.

4ª Por métodos de electropirexia: diatermia por onda larga, por onda corta e inductotermia.

En el trabajo antes citado que presenté como tema de concurso (20) he señalado los inconvenientes y ventajas de casi todos estos procedimientos, que no había caso de repetir aquí, los cuales con el tiempo también he ido seleccionando de acuerdo con los resultados, de tal modo que en los últimos años el sodoku, la fiebre recurrente y el azufre cada vez los aplico menos.

Los tratamientos que he seleccionado entre los métodos de hiperpirexia y específicos son, según su orden e importancia:

1º **La paludoterapia,** el procedimiento por excelencia entre todos y que a mi juicio debe siempre intentarse en todo enfermo de parálisis general progresiva, salvo cuando haya contraindicaciones formales.

2º **La electropirexia,** método que utilizo como substitutivo de la malaria, si ésta no se puede aplicar, o como complementario de ella cuando no es suficiente.

3º **El "Dmelcos"**, en pacientes a quienes no es posible abandonar su trabajo para internarse o de escasos recursos económicos, o bien en quienes los otros tratamientos han sido incompletos; pero lo procuro aplicar menos cada día.

4º **Los bismutados** de los que, como antes señalé, prefiero los coloidales y los solubles.

IV

METODOS SEGUIDOS CON LOS TRATAMIENTOS SELECCIONADOS

Los métodos que preferentemente he estado empleando en los últimos seis años en casos de neurosifilíticos y particularmente en paralíticos generales, los practico habitualmente dentro del siguiente plan:

Inoculación de paludismo y durante el período de incubación—de seis a quince días—preparo al enfermo mediante alimentación nutritiva y medicación estimulante, para cuando lleguen los accesos maláricos. Estos procuro que no sean en número menor de diez y, si es posible, más, contando como útiles los de temperaturas que alcancen 40 grados, siempre de acuerdo con la resistencia y tolerancia de cada enfermo. Durante tales accesos y para ayudar a que se soporten mejor, empleo suero glucosado y aceite alcanforado. En el momento en que ya el paciente da muestras de agotamiento se corta el paludismo y se le deja varios días a que se reponga, pero inyectándolo con bismuto, que en muchos casos se aplica desde antes y durante la fiebre.

Los resultados del tratamiento, de ser favorables, se observan casi siempre antes de la tercer semana, y si esto ocurre, verifico—en los casos en que es posible—nuevo examen del líquido céfalorraquídeo para que, de acuerdo con el resultado, se oriente la terapéutica; mas generalmente, lo mismo en los casos de remisión clínica como en aquellos en que ésta no se observa, continúo con sesiones de electropirexia, una o dos aplicaciones por semana, de dos a tres horas de duración cada una y con temperatura de 40 a 41 grados, hasta completar diez en cada serie, y sigo instituyendo curas bismúticas por series de treinta inyecciones, una diaria o terciaria, según el preparado, el estado del enfermo y las condiciones de su boca y riñones.

La tendencia que persigo en cada caso es no sólo buscar remisión, sino la desaparición de los exámenes de laboratorio o cuando menos su atenuación.

Cuando el método palúdico no se debe realizar, lo cual ocurre excepcionalmente, pues lo he empleado aun en pacientes débiles, cardíacos, hipertensos, renales y tuberculosos—siguiendo siempre las debidas precauciones—, entonces acudo directamente a la electropirexia.

Naturalmente que no en todos los casos me ha sido posible seguir el mismo órden, intensidad y frecuencia de estos tratamientos, pues la práctica enseña que hay casos que mejoran extraordinariamente con sólo el paludismo, y otros más rebeldes que no se corrigen sino hasta después de éste, de varias sesiones de electropirexia y de numerosísimas inyecciones de bismuto. Pero, en general, he procurado seguir este sistema, empleando, como ya digo, primero el paludismo y después la piretoterapia eléctrica juntamente con el bismuto.

A pesar de que muchos consideran que la remisión clínica es por sí sola suficiente, pues afirman que "una remisión completa equivale a una curación práctica" (3), considero que no se puede hablar de curación definitiva en la parálisis general progresiva sino cuando paralelamente se obtiene la mejoría clínica y la desaparición de las reacciones del líquido céfalorraquídeo—y aunque esto último sólo se consigue en contadísimos casos y únicamente cuando la terapéutica ha sido empleada en períodos completamente iniciales de la dolencia—, nuestro deber es tratar insistentemente a cada enfermo y, aun obteniendo tal remisión clínica, insistir en la obtención del mejoramiento del cuadro de laboratorio, para lo cual en todos los casos posibles sigo la terapéutica intensa piretógena, con períodos de descanso, y dado que el paludismo en la mayoría de los casos sólo puede emplearse una sola vez, es la electropirexia la que continúo utilizando, o en su defecto, el "Dmelcos".

V

MIS OBSERVACIONES EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

Más adelante señalo cuadros de mis observaciones y resultados en enfermos de neurosífilis y de parálisis general tratados en los últimos cinco años, que no engloban, como desearía, muchas otras observaciones que lamento no haber podido consignar.

Cuadro II

Estadistica Comparativa de Somogyi en 400 enfermos de Parálisis General sometidos a Tratamiento Pireto-geno, Especifico y otros sin Tratar.

	Numero de Casos	TRATAMIENTO EMPLEADO	REMISION COMPLETA	REMISION INCOMPLETA	SIN RESULTADO	MUERTOS
"A"	200	Pirelolerapia Paludolerapia y Proleinolerapia	38	38	124	—
	100	Tratamiento Especifico	7	10	83	—
	100	Sin Tratar	5	9	47	39

Resúmen de Resultados Clínicos de la Paludo-terapia, según los datos Estadisticos de 106 Autores.

"B"

		PORCENTAJE DE RESULTADOS EN EL GRUPO				
NUMERO DE CASOS	REMISIONES COMPLETAS	REMISIONES SOCIALES	REMISIONES INCOMPLETAS	SIN RESULTADO	MUERTOS	PORCENTAJE TOTAL DE REMISIONES.
8882	21.14%	15.09%	20.13%	29.30%	16.06%	51.30%

Resúmen de los Resultados Clínicos del Tratamiento de la Parálisis General Progresiva por la Electropirexia según los datos Estadisticos de 25 Autores.

"C"

Nº de Casos	REMISIONES COMPLETAS	REMISIONES INCOMPLETAS	MORTALIDAD PRODUCIDA POR EL TRATAMIENTO
742	212	253	18

Cuadro II-C Detallado.

Resultados Clínicos del Tratamiento de la Parálisis General Progresiva sólo por la Electropirexia, según varios Autores.

AUTORES	Número de Casos	Remisiones Completas	Remisiones Parciales	Mortalidad como Resultado del Tratamiento.
Neymann y Osborne.	25	16	2	0
King y Cocke.	12	2	6	1
Cortisi.	8	3	3	0
Neymann y Koenig.	50	12	13	0
Perkins.	26	13	10	2
Wilgus y Lurie.	97	10	43	6
Pacheco y Silva, Passes Fajardo Marqués de Carvalho.	5	1	1	0
Kinsie y Blalock.	68	13	24	2
Schiff, Missel y Trelles Prior.	2-24	1-9	0-9	0-0
Halphen, Auclair, Crozon Bamford.	15-13	4-1	4-0	0-0
Bishop, Horton et Warren Schamberg	18	13	0	1
et Butterworth Mc.Kay Gray et Wimas.	10-28	4-3	3-15	0-1
Neyman, Feinberg, Markon et Osborne.	20	11	2	1
Epstein et Paul.	10	0	8	0
Graham.	68	22	24	1
Worthing.	6	1	3	0
Freeman, Fong et Rosenberg.	50	0	10	2
Simpson Kilig et Sittler.	19	18	0	0
Schallenberger.	4	2	1	1
Martinez.	4	3	0	0
Wilgus et Kuhns.	100	20	58	0
Hoverson et Morrow.	23	13	6	0
Neyman et Osborne.	15	9	2	0
Jones.	14	5	5	0
Neyman (últimos casos)	6	3	1	0
TOTAL	742	212	253	18

Tengo igualmente que decir que mis casos de tres años anteriores a éstos, o sea de 1928 a 1930, en número aproximado de 200, tampoco puedo referirlos porque se extravió el libro en que los anotaba; mas a ese pesar, no dejaron de serme útiles para normar el criterio sobre el camino que he seguido con mis posteriores enfermos y que seguiré en el tratamiento de la parálisis general, mientras no vengan otros métodos que con menos riesgos o accidentes y resultados mejores, supe ren a los que actualmente tenemos.

Con la piretoterapia, estamos seguros, como se acepta en general, que las remisiones superan a las conseguidas mediante tratamientos específicos y a las presentadas espontáneamente. (Véase cuadro II A.)

La paludoterapia es la que ocupa primer lugar entre los sistemas piretógenos y mundialmente se señalan resultados satisfactorios. (Véase cuadro II B.)

La electropirexia se ha ido imponiendo en los últimos cinco años, especialmente en Norteamérica; día a día se perfecciona su aplicación, de tal modo que puede llegar a ser la principal terapéutica del futuro, aunque para algunos ya lo es. Fuí el primero en emplearla en México, y ya para 1933 nuestros resultados y observaciones hasta entonces obtenidos se consignaron por Torres Martínez. (21) En el extranjero se vienen señalando estadísticas muy favorables a este método. (Véanse cuadros II C y II C detallado.)

De diez años para atrás no era aún tiempo suficiente para apreciar la duración de las remisiones provocadas por la piretoterapia, pero ahora ya empezamos a ver que muchas de ellas son verdaderamente notables y prolongadas, otras, pasajeras o parciales; pero aun cuando los enfermos recaen excepcionalmente vuelven a mejorar y, en la mayoría de los casos, tal recaída es definitiva y fatal.

Tengo numerosas observaciones de mejorías tan completas como interesantes, que han permitido a los enfermos volver a la vida social y familiar, desempeñar su trabajo y actividades anteriores de profesionistas, comerciantes, industriales, obreros, políticos, empleados, militares, etc., que aún están perfectamente bien y a muchos de los cuales continúo tratando; pero que, sin embargo, está sobre ellos el peligro constante de una recaída, pues ya varios casos de estas remisiones brillantes, que nos entusiasman y pueden halagar nuestra vanidad de médicos tratantes, me han revelado que tienen término y, hecho cu-

rioso, aun en enfermos en los que ha habido notoria mejoría del líquido céfalorraquídeo, se han presentado recaídas bruscas y han entrado en un cuadro franco y rápido de demencia, o bien han presentado complicaciones, como ictus congestivos o hemorrágicos, que muchas veces los conducen violentamente a la muerte o al camino final de la caquexia.

Uno de mis enfermos, después de intenso tratamiento piretógeno y bismútico, con remisión completa clínica y muy acentuada del líquido céfalorraquídeo, que volvió a ocupar por más de seis meses un alto puesto político, el cual desempeñaba con toda eficacia, tuvo una hemorragia cerebral, con muerte casi instantánea. Otro, después de intenso tratamiento piretógeno y con remisión de cuatro años, que le permitió volver a la vida social y al trabajo, bruscamente presentó una serie de ictus, de los que en el término de ocho días falleció. Uno más volvió a recaer presentando perturbaciones mentales intensas después de más de cinco años de completa remisión clínica, para entrar a un estado demencial y morir también por ictus, tiempo después.

Hay, además, entre otros ejemplos, el no menos interesante de un industrial que durante seis años retornó al manejo de sus negocios y el cual con toda constancia se siguió tratando después de la remisión. Este ha sido el enfermo cuya terapéutica ha sobrepasado a la de todos los demás vistos por mí desde hace cinco años—con excepción de uno más que llegó a curar y que aún vive—, pues se le hicieron muchas aplicaciones piretógenas por varios procedimientos y se le pusieron cientos de inyecciones de bismuto, de yoduro y de mercurio; pero a ese pesar ha vuelto a recaer y actualmente está en plena demencia, como otro que tengo internado en estado de profundo agotamiento y que presentó acentuada remisión de más de cuatro años y medio.

Casos más puedo señalar, de pacientes consignados en mi estadística que, con remisiones prolongadas postpiréticas y en apariencia curados, sin dejar de tratárseles periódicamente por electropirexia y por bismuto—haciendo a un lado aquellos a quienes la terapéutica arsenical que en otras partes les han hecho ha precipitado su evolución, o les ha provocado accidentes—, han vuelto a recaer, inclusive como ya indico, algunos con mejorías notorias de las reacciones en el líquido cerebro-espinal.

En contraste, como acabo de señalar, continúo tratando a varias personas que desde hace años están en completa y franca remisión, y

otros, muy escasos pero evidentes, en quienes las reacciones del líquido céfalorraquídeo se han hecho negativas. Pero me pregunto: ¿quedarán definitivamente así? ¿O fatalmente la mejoría sea transitoria y desaparezca como en otros enfermos? Mientras ello no suceda, procuro en cada caso insistir para que continúe tratándose.

Por no querer extenderme más en esta exposición, si detallara todas las particularidades de mis últimas observaciones, las reúno en los cuadros estadísticos.

Primeramente consigno los casos de neurosífilis vistos en la consulta externa, del año de 1931 a 23 de agosto del presente (cinco años), y sigo para el diagnóstico la clasificación más uniformemente aceptada. (22-4) De estos enfermos, a numerosos no pude seguir en su tratamiento, ya porque estaban bajo la vigilancia de otro médico y sólo se deseaba consultar mi opinión, ya porque radicaban en lugares de la República distantes de la capital, o bien porque varios no requirieron internarse en sanatorio, donde se puede seguir con mayor cuidado el tratamiento y observar la evolución del mal. (Véase cuadro III.)

Después reúno los casos observados y tratados en los cinco últimos años, cuya mayoría ha sido de pacientes internados en mi clínica, principalmente de paralíticos generales, pues casi todos éstos requieren, por su sintomatología mental como es bien sabido, recluirlos y aislarlos de los medios social y familiar. En la práctica he dado especial cuidado a los neurosifilíticos en períodos preclínico y de principio, porque en ellos, como he señalado en otros trabajos (23-24), los resultados son mucho más eficaces.

De allí que en la estadística se anoten pocos casos en etapas muy avanzadas: finales o de caquexia, pues habitualmente a estos enfermos, salvo en contados casos, no expongo a los peligros que los tratamientos piretógenos o químicos pueden ocasionar, si ya no hay esperanzas de mejorarlos.

Los sistemas mixtos casi en todos los pacientes he empleado, pero sobre todo en la forma de asociación: paludismo-electropirexia-bismuto, persiguiendo que sean muy enérgicos; alrededor de diez accesos palúdicos, series de electropirexia de diez aplicaciones cada una. Algunos enfermos han llegado a recibir hasta cincuenta y, en un grupo de setenta y tres, se han dado en total mil doscientas cuatro sesiones. Y en cuanto al bismuto, aplico curas intensas y sostenidas.

CUADRO III

ENFERMOS DE NEUROSIFILIS EXAMINADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DURANTE 6 AÑOS DE 1931 AL 23 DE AGOSTO DE 1936

HOMBRES	MUJERES	TOTAL
267	83	350

FORMAS CLINICAS

1 FORMAS NEURO-EPITELIALES (PARENQUIMATOSAS)	PARALISIS GENERAL PROGRESIVA	106
	PARALISIS GENERAL PROGRESIVA JUVENIL	2
	PARALISIS GENERAL PROGRESIVA INFANTIL	2
	TABES	53
	TABO - PARALISIS	4
	NEURITIS	16
	TOTAL	183
2 FORMAS VASCULO-MENINGEAS. (INTERSTICIALES)	SIFILIS CEREBRAL	33
	SIFILIS DIFUSA, CEREBRO-ESPINAL	64
	MENINGITIS - SIFILITICA	32
	MIELITIS DIFUSA	10
	TOTAL	139
3 FORMAS HEREDITARIAS DE NEUROLUES	PRINCIPALMENTE ENCEFALITIS	28
	TOTAL	28

CUADRO IV
OBSERVACIONES · DE · ENFERMOS TRATADOS · DE · 1931 · A · 1936 (S.R.M.)

Número de Observaciones 150

P.G.P.	86		57%
TABES	26		17%
SIFILIS CEREBRAL	15	PORCENTAJE	10%
✓ CEREBRO-ESPINAL	13		9.5%
MENINGITIS SIFILITICA	10		6.5%
TOTAL	150		

PARALISIS · GENERAL · PROGRESIVA

Número de Observaciones 86

PERIODO PRODROMICO	8
PERIODO DE PRINCIPIO	25
PERIODO DE ESTADO	48
PERIODO TERMINAL	5
TOTAL	86

Tratamientos 86

Paludismo Bismuto Electropirexia	34
Paludismo - Bismuto	29
Electropirexia - Bismuto	13
Bismuto - solamente	8
Paludismo - solamente	1
Electropirexia " solamente	1
Total	86

Accidentes con el Tratamiento 4

Paludismo	1 Colapso Cardiaco
	2 Muertes Precipitadas
Electropirexia	1 Quemadura de 2º Grado

Hoja 2

CURACIONES CONFIRMADAS 2 CON DESAPARICION DE LAS REACCIONES del L.c.R.

Remisiones 72

COMPLETAS 44	Con reacciones atenuadas del L.c.R	8	P.B.E.	25
	Sin modificacion en las reacciones	6	P.B.	13
	Se ignoran	30	E.B.	6
				44
PARCIALES 28	Con reacciones atenuadas.	2	P.B.E.	7
	Sin modificación.	6	P.B.	12
	Se ignoran.	20	E.B.	7
			B.	2
				28

No remisiones 12

3	Muertes por enfermedades intercurrentes.	P.B.E.	0
4	Muertes por caquexia.	P.B.	4
5	Enfermos agotados y en estado de demencia.	E.B.	0
		B.	6
		P.	1
		E.	1
			12

Recaídas 9

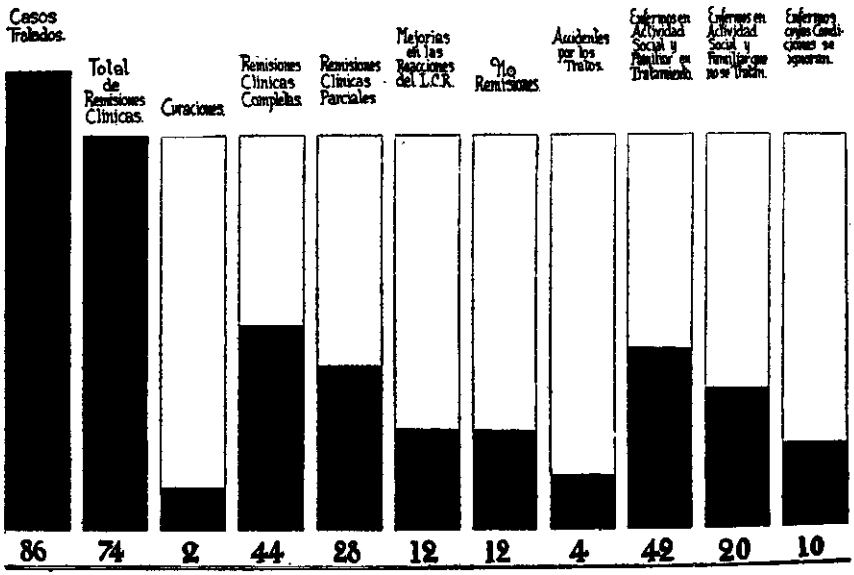
2 en evolución definitiva.
5 muertos por. iclus.
2 con nueva remisión después del nuevo tratamiento.

Estado social y familiar actual de los enfermos tratados.

En actividad social y vida familiar.	Siguen tratándose	42	62
	No se tratan.	20	
Se ignoran las condiciones actuales.			10

BRES	P.G.P.	TABES	Sífilis cerebral	Sífilis cerebro-espinal	Meningitis y otras for.	Prodrómico	Principio	Estado	Terminal	Paludico	Electropirexico	Bismutico	Otros Tratamientos	ACCIDENTES DEL TRATAMIENTO	Completa	Parciales	No hubo	DURACION	Sin modificación	Atenuación	Intensificación	Desaparición	Se ignoran	OBSERVACIONES
O.V.	o						o			o		o			o			D. hace 5 años		●				Actualmente trabaja.Continua tratandose
P.R	o							o		o	o	o			o			D. hace 2 años	●					idem idem
O.F.de P	o						o			o		o			o			D. hace 3 años		o				Murió de apendicitis aguda
S.E.	o						o			o		o	Dmelcos		o			D. hace 4 años					o	Actualmente trabaja.Continua tratandose
R. de S.M.	o							o		o		o	idem		o			D. hace 4 años					o	Recaida.Murió por ictus
R.C.A.	o						o			o		o	idem		o			D. hace 4 años					o	Actualmente trabaja.No se trata
L. de C.M.	o							o		o		o	idem		o			D. hace 4 años					o	Actualmente trabaja.Continúa tratandose
D. del G.G.		o						o		o		o	idem			o		D. hace 2 años					o	Se ignoran condiciones actuales.
B.F.		o					o			o		o	idem		o			Se ignora						idem
G.J.J.	o							o		o		o	idem			o		Se ignora						idem
S. del R.V	o							o		o		o	idem			o		id						idem
F.P.		o						o		o		o	idem			o		D. hace 4 años					o	Actualmente trabaja. No se trata
R.N.	o								●			o					o							Murió por enfermedad intercurrente
Ch. L.	o							o		o		o	Dmelcos		o			2 años						Recaida.Murió por ictus
R. G.	o								o			o	idem				o							Se ignoran condiciones actuales
L.	o								o			o				o		D. hace 2 años					o	idem
D.B. C.	o							●		o		o	Dmelcos			o							o	idem
M.J.	o							o			o	o	idem			o				o				idem
O. S.J.		o						o		o		o	idem			o		D. hace 2 años						Actualmente trabaja.Continua tratandose
L.G.			o				o			o		o	idem			o		D. hace 2 años		o				Actualmente es alcohólico.No se trata
F.A.	o							o		o	o	o				o		D. hace 3 años		o				Se ignoran condiciones actuales
A.M.					o		o					o												Tratamiento interrumpido
R.J.			o					o		o		o	Dmelcos		o									Recaida con ictus y nueva remisión por tratamto.
G.F.L.	o								o			o	Yoduros				o							Se ignoran condiciones actuales
Q.C.			o					c					Hg.				o							Murió por ictus
M.L.F.				o		o				o			Yoduros		o			D. hace 3 años						Actualmente trabaja.No se trata
C.G.	o						o				o	o	Dmelcos		o			D. hace 4 años		o				Actualmente trabaja.Continua tratandose
H. de V.A.	o							o				o	idem				o							Tratamiento insuficiente
Z.T.	o						o			o	o	o	Sodoku			o		D. hace 3 años		o				Actual estado paranoide
Y.A.	o					)					o	o			o									Actualmente trabaja. No se trata
G.L.	o							o			o	o					o							Se ignoran condiciones actuales
G.T.		o					o						Yoduros				o							Tratamiento insuficiente
H.J.	o						o			o	o	o	idem		o			D. hace 3 años		o				Actualmente trabaja.Continua tratandose
S.A.F.	o						o				o			Quemaduras p.D.			o							Tratamiento interrumpido
P.M.		o			nd			o				o	Dmelcos				o							Se ignoran condiciones actuales
L.C.F.	o						o			o		o	idem		o			D. hace 3 años		o				Actualmente trabaja.No se trata
C.L.		o					o			o	o	o	idem			o		D. hace 2 años		o				idem Continua tratandose
U.E.	o						o			o		o			o			D. hace 2 años	o					Actualmente trabaja. No se trata
V.J.		o						o			o	o			o			D. hace 3 años						Actualmente trabaja.Continua tratandose
M.A.	o								o			o					o							Murió en estado caquéctico
Q.R.	o									o	o	o	Sodoku		o			6 meses						Murió por ictus congestivo
P. P.J.	o							o		o	o	o				o		Se ignora					o	Se ignoran condiciones actuales
Th.G.			o					o				o	Sodoku			o		idem		o				Tratamiento insuficiente
C. U.	o							o		o		o				o		idem					o	idem
A.J.	o						o			o	o	o	Dmelcos		o			D. hace 3 años					o	Actualmente trabaja.Continua tratandose
L.G.	o						o			o		o			o			D. hace 2 años	o					idem idem
P.J.	o						o			o	o	o	Dmelcos		o			D. hace 2 años		o				idem idem
C.C.G.	o						o			o	o	o	idem		o			D. hace 2 años		o				idem idem
B.C.	o							o		o	o	o			o			D. hace 3 años					o	idem idem
D.O.L.	o						o			o	o	o	Dmelcos		o			D. hace 2 años				o		Recaida con nueva remisión.Continua Tratandose
H.J.	o						o			o		o			o			D. hace 2 años				o		Curación completa en la actualidad
M.	o						o			o	o	o			●			D. hace 2 años		o				Actualmente trabaja. No se trata
P. R.V.	o						o			o		o	Dmelcos			o		Se ignora					o	Se ignoran condiciones actuales
A.R.	o							o		o	o	o	idem		o			6 meses	o					Recaida. Murió por ictus
M.L.F.	o							o		o		o			o			Se ignora					o	Se ignoran condiciones actuales
V.M.L.	o							o		o		o		Colapso cardiaco										Muerte precipitada por el tratamiento paludico
R.L.L.		o						o		o	o	o			o			D. hace 2 años					o	Se ignoran condiciones actuales
A.V.	c	c						o		o		o				o		Se ignora					o	Actualmente trabaja. No se trata
H.F.E.		o						o		o	o	o				o		D. hace 2 años					o	idem Continua tratandose
M.L.	o							o		o	o	o			o			2 meses		o				Sufrió una recaida favorecida por el tratamient
V.A.				o				o		o	o	o				o		D. hace 2 años					o	Actualmente trabaja. No se trata
A.F.	o							o		o	o	o	Dmelcos		o			D. hace 2 años		o				idem idem
V.A.	o							o		o	o	o			o			idem		o				idem Continua tratandose
L.R.R.		o						o			o	o			o			Se ignora					o	Se ignoran condiciones actuales
S.M.F.	o						●			n	o	o	Dmelcos		o			idem					o	idem
R.F.				o		o				o		o				o		D. hace 1 año		●				Actualmente trabaja. Continua tratandose
R.L.				o				o			o	o	Dmelcos			o								Se ignoran condiciones actuales
F.J.	o							o				o	id			o		Se ignora					o	idem
G.F.	o							o			o	o	Hg.			o		idem					o	idem
O.A.	o	o						o		o	o	o	Dmelcos			o		idem					o	idem
L.S.	o						o			o	o	o				o		D. hace 2 años		o				Actualmente trabaja. Continua tratandose
M.J.	o							o		o	o	o			o									Se ignoran condiciones actuales
C.S.J.	o						o			o		o	Dmelcos		o			Se ignora					o	Murió por ictus
G.	o							o		o	o	o	idem		o			D. hace 1 año		o				Actualmente trabaja. Continua tratandose
M.A.	o					o				●		o			o			Se ignora					o	Se ignoran condiciones actuales
P. de L.L.	o						o			o		o				o		idem					o	Tratamiento insuficiente
M.J.				o				o		o	■	●				o		idem	o					Murió en estado de caquexia
M.R.	o							o		o		o				o		D. hace 1 año		o				Se ignoran condiciones actuales
S.S.J.	o							o		o	o	o	Dmelcos			o		D. hace 1 año		o				idem
V.J.	ɔ							●		o	o	o	idem		●			D. hace 1 año		o				Actualmente trabaja. Continua tratandose
F.J.	ɔ	o						o		o	o	o	idem		o			D. hace 1 año		o				idem idem
S.V.		o						o		o	o	o	idem			o		D. hace 1 año					o	idem idem
P.J.G.								o		o	●	o				o		D. hace 1 año					o	Se ignoran condiciones actuales
P.V.C.			o				o			o		o	Azufre. Muc			o		D. hace 1 año		o				idem
R.de P. V.	o	o						o		o		o	Dmelcos			o		Se ignora		o				idem
G.R.M.		o					o			o		o				o		D. hace 1 año		o				idem
P de S.C.	o						o			o		o					o							idem
E.E.L.			o					o				o	Yoduros.Pa			o		D. hace 1año		o				idem
V. O.		o					o		•	●	o	o			●			D. hace 6 meses		o				Actualmente trabaja.Continua tratandose
H.E.			o			o				o	●	o			o	-		idem						idem idem
P.L.G.	o						o			o	o	o	Dmelcos		o			idem		o				idem idem
B.J.		o			ao			o		o	o	o	Dmelcos.	Sincope cardiaco P.	o			idem					o	idem idem
U.S.J.		o						o		o		o			o			idem					o	Se ignoran condiciones actuales
A.H.R.	o							●		o		o				o		D.hace 4 meses		o				Actualmente trabaja. Continua tratandose
Y.S.M.	o							o		o	o	●	Dmelcos Hg				●							Internado.Continua agotado y grave
A.B.I.	o							o		o	o	o	Dmelcos Hg			o		D.hace 6 meses						-Internado.En tratamiento
M.R.		o			ao			o		o	o	o	Yoduros, Hg			o		D.hace 6 meses						Actualmente trabaja.Continua tratandose
P.Vda.de T		o					o			-	o	o			o			D.hace 6 meses		o				idem No se trata
G.H.C.	o							o		o	o	o	Sodoku Hg			o		Durante 5 años	o					Recaida.Actualmente internado en estado demen
G.E.			o					o			o	o	Dmelcos			o		D.hace 6 meses		●				Actualmente trabaja.Continua tratandose
M.M.F.			o		th		o			o	o	o	Dmelcos		o			D.hace 3 meses						Continua internado y en tratamiento
R.M.			o					o		o		o	idem		o			D.hace 3 meses						idem idem
P.O.A.	o							o		●	o	●	idem Hg		o			D.hace 3 meses		●				Actualmente trabaja.Continua tratandose
V.J.J.		●						o		o	o	o	idem Hg		o			D.hace 3 meses						idem idem
S.F.de V.				Ho				o		o	o	o			o			D.hace 2 meses		o				idem idem
N.M.I.	o							o		o	●	o	Hg		c			D.hace 2 meses		o				idem idem
C.C.G.					o			●		o		●	Neumo-Kaq.				o							Tratamiento insuficiente
N.V.C.	n							o		o		●	Hg			●		D.hace 2 meses						Continua internado y en tratamiento
V.L.E.		o						o		o	o	o	Canalizac.			o		D.hace 2 meses						Actualmente trabaja.Continua tratandose
F.del C.	o							o		o		o	Hg		o			D.hace 1 mes						Continua internado y en tratamiento
D.T.					mic			o			o	o				o		D.hace 1 mes						idem idem
A.V.L	o					o				o	o	o	Hg		o			D.hace 2 meses						Actualmente trabaja.Continua en tratamiento
M.A.	o							o																Se inicia el tratamiento
H.G.R.					●			o		o		o	Hg				o							Tratamiento insuficiente
P.G.	o	o						o		o	o	o	Hg											Continua internado y en tratamiento
B.I.	n	o						o		o		●	Hg			o		D.hace 1 mes						idem idem
L.M.		o					o			●	o	o	Rg			o		D.hace dias						Continua en tratamiento
G.M.R.	●					o				o		o			o									Continua internado y en tratamiento
R.	o					o				o		o			●									idem idem
O. de Q			o					o			o	o			o			D.hace 4 años					●	Actualmente trabaja. No se trata
G.F.		o						o			o	o				●		D.hace 3 años					o	Se ignoran condiciones actuales
O.C.	●					o				o	o	o	Dmelcos		o			D.hace 3 años						Actualmente curado
V.M.				^			o				o	o					o							Se ignoran condiciones actuales
J.A.	o							o			o	o				o		Se ignora						idem
M.G.	●							o			o	o				o		1 d m						Actualmente trabaja.Continua tratandose
S.	o						●				o	●				o		idem						Se ignoran condiciones actuales
H.C.					o				o		o	o					o							Murió por enf. intercurrente
Z.E.		o						o			o	●				o		D.hace 1 año						Actualmente trabaja.Continua tratandose
C.H.				o				●			o	●	Sodoku			●		Se ignora c						Actualmente trabaja idem
M.M.		●			lo						o	●				o		idem						Se ignoran condiciones actuales
M.A.			●					●			●	o			o			D.hace 1 año						Actualmente trabaja. Continua tratandose
A.H.		●						o			o	o				o		E.hace 1 año						idem idem
G.D.		o			o			o			o	o			u			Se ignora						idem idem
V.L.	o	o						o			o	●					J							Tratamiento insuficiente
G.J.S.				o			o				o	●					o							Actualmente en estado de caquexia
M.A.					o		o				o	o				o								Actualmente trabaja.Continua tratandose
F.G.				^				o		o	o	o				●								Se ignoran condiciones actuales
ña P.			o					●			●	●					o							idem
Ing. P.	o							●		u	●	o	Dmelcos		o			Durante 2 años		o				Murió de enfermedad intercurrente
J.O.					o		●			o	o,	●			o			Se ignora						Actualmente trabaja.Continua tratandose
G.F.J.					o			o			o	●												Se inicia el tratamiento
S.R.					o			o		o	●	o			o			D.hace 2 meses						Continua en tratamiento
Ing.del V.			o					o			●	●				o		Se ignora		o				Actualmente trabaja. Continua tratandose
E.H.		●						●			●	●				o								idem idem
V. de G.				o			o			o	●	●			u			D.hace 2 meses						idem idem
V.F.				o				●			u	o												Se ignoran condiciones actuales
B.H.	●	●					●				o	●				o								Tratamiento insuficiente
C.E.	o						●				o	o				o								Tratamiento insuficiente
E.R.M		o						o			●	o					o							Se inicia el tratamiento
A.P.		o						●			o	●				o								Se ignoran condiciones actuales

RESUMEN GRAFICO



En todos los enfermos antes de los tratamientos se ha practicado el estudio del líquido céfalorraquídeo y después, a los que ha sido posible, desde una a varias veces.

Incluyo a casi todos los neurosifilíticos atendidos, aunque la gran mayoría es de paralíticos generales. (Para los demás datos véase el cuadro IV y IV detallado.)

Dentro de algunos años sabremos todavía más acerca de los resultados efectivos de la piretoterapia en la parálisis general progresiva y en las demás formas de sífilis nerviosas y entonces los valoraremos con mayor precisión en la lucha que tenemos empeñada con tan terribles enfermedades, dentro de nuestra humilde labor, pues las observaciones pasadas y del presente nos van formando un mejor criterio para orientarnos en el futuro, ya que, como señala Chaslin (25), no consiste el progreso en acabar con el pasado como indebidamente se piensa, sino en sumar éste al presente para preparar el porvenir.

BIBLIOGRAFIA

(1) **Baillarger.**—Traité **de Psychiatrie.** París. 1912.

(2) **Nonne.**—Deutsch Zeit f. Nervich. 1926.

(3) **Vallejo Nájera, Antonio.**—"El Tratamiento de la Parálisis General y Otras Neurosífilis."

(4) **Grinkes Julius.**—General Paresis. Tice's Practice of Medicine. Vol. X.

(5) **Ramírez Moreno, Samuel.**—"Algunos Tratamientos en la Parálisis General Progresiva." Medicina. México. 1921.

(6) **Sazerac et Levaditi.**—"Le Bismuth dans le Traitement de la Syphilis. Mass. 1921.

(7) **C. Levaditi.**—"Le Bismuth dans le Traitement de la Syphilis." Masson et Cie., editeurs. 1924.

(8) **Sicard.**—Bull. et Mem. Soc. de Med. d. Hop. París. 1922.

(9) **Ravaut.**—Bull. et Mem. Soc. d. Med. d. Hop. París. 1913.

(10) **Milian.**—"Le Traitement de la Syphilis par des injections espacées et massives." París. 1922.

(11) **Leredde.**—"Le Traitement de la Syphilis." París. 1920.

(12) **Collins.**—"The Treatment of Syphilitic Diseases of the Nervous System, by Salvarsan." Ibid. Sept., 1913.