

En el terreno de la investigación, caben las críticas y las dudas, sobre todo en terrenos debatibles, y no todos convienen con parte de las conclusiones alcanzadas por Noguchi en sus muchas y variadas excursiones. Todos, sin embargo, reconocieron siempre las geniales dotes del gran bacteriólogo y todos deploran ahora la prematura desaparición de una lumbrera de la medicina contemporánea. En toda la América, en los Estados Unidos, donde Noguchi encontrara una segunda patria, y fundara un hogar, en México, Ecuador, Brasil, Cuba, evocará un eco lastimero esa muerte en aras de la devoción al deber, en el continente menos civilizado y en la región quizás más enfermiza de la tierra, y combatiendo una enfermedad que tantos sufrimientos ha acarreado al Nuevo Mundo.

J. B. Haldane, el inglés, ha reiterado hace poco con mucho acierto uno de los axiomas de la higiene moderna: "La solidaridad contra los microbios patógenos trasciende toda frontera de nacionalidad, raza, y hasta especie. Cada rumano infectado con parálisis infantil, cada hindú varioloso, cada rata pestosa, acorta la probable duración de mi vida." Prueba elocuente de esa solidaridad internacional y humanitaria nos la aportan la vida y muerte de Noguchi, ese japonés domiciliado en los Estados Unidos, y que ha ido a morir al África a manos de uno de los grandes flagelos humanos que combatiera a diario para beneficio de sus semejantes.

---

#### LA MALARIOTERAPIA DE LA PARÁLISIS GENERAL

Si prestamos fe a los cultivadores de la medicina peruana,<sup>2</sup> sobre todo en su fase histórica, ya los antiguos incas víctimas de la uta se dirigían, en busca de curación, a los sitios donde reinaba el paludismo. Hipócrates y Galeno parecen haber observado<sup>3</sup> también el efecto curativo de las fiebres sobre las psicosis de la neurosífilis. Un artículo del historiador médico Cabanès<sup>4</sup> hace constar que, en la Edad Media, creían que la cuartana curaba la epilepsia, y no faltan referencias a la mejoría psíquica consecutiva a los trastornos febriles. Desde principios del siglo pasado y aún antes de que Bayle publicara su clásica descripción de la patología de la parálisis general, y por supuesto, mucho antes de conocerse su causa, habíanse observado remisiones consecutivas a enfermedades febriles.<sup>5</sup> Vinieron después los ensayos del ruso Rosenblum,<sup>6</sup> quizás el verdadero iniciador del procedimiento, quien en 1876 comunicara casos de parálisis infectados con paludismo, tifoidea, y fiebre recurrente. Teniendo las persecuciones en una época tenebrosa, Rosenblum describió sus observaciones como

<sup>2</sup> Pardo Figueroa: An. Fac. Med. Lima, 9:167, 1926.

<sup>3</sup> Gertsmann, G.: Wien. med. Wchenschr., 74:380, 539, 635, 1924.

<sup>4</sup> Pernet, G.: Lancet, 2:1197, 1925.

<sup>5</sup> Goodman, H.: Med. Jour. & Rec. 121:417, 1925.

<sup>6</sup> Ikhtemann, M.: Ann. Mal. Vénér. 20:561, 1925.

si se tratara de contagio fortuito cuando en realidad los había tratado exprofeso. Hacia 1907 Lépine<sup>7</sup> utilizó el nucleinato de sodio, revivido después por Fischer, con un fin semejante, pero lo abandonó, por temor a las hemorragias cerebrales.

A pesar de todos esos antecedentes que nunca faltan entre las raíces de todo descubrimiento importante, la introducción de la malarioterapia, tal como la conocemos hoy día en el campo de la neurosífilis, es obra casi exclusiva del vienés Wagner v. Jauregg, y así lo reconociera recientemente la comisión encargada de adjudicar los premios Nobel. Wagner-Jauregg<sup>8</sup> notó, según parece, hacia 1887, el susodicho fenómeno de las remisiones tras dolencias febriles. Sus experimentos con la piretoterapia comenzaron hacia principios del siglo con tuberculina y mercurio, y en el Congreso Médico Internacional de Budapest en 1909 ya pudo comunicar los resultados obtenidos en algunos enfermos, varios de los cuales todavía vivían 20 años después. En 1917 fué que principió a utilizar el paludismo terciario en nueve paráliticos generales, seis de los cuales mejoraron claramente. El método fué utilizado en mayor escala en 1919 y desde 1922, los tratados subieron a centenares.

No tardó mucho tiempo en divulgarse el procedimiento por todo el mundo, y las últimas estadísticas<sup>9</sup> revelan millares de casos. La opinión muéstrase casi unánime sobre su valor en una enfermedad del pronóstico más sombrío y considerada, hasta el advenimiento del nuevo remedio, no sólo incurable, sino rehacia a todo tratamiento. Las comparaciones entre los casos inoculados con la malaria y los tratados a la antigua patentizan elocuentemente que hay por fin algo que ofrece esperanzas en una dolencia en que la medicina veíase hasta ahora inerte, y el entusiasmo despertado en un investigador<sup>10</sup> por el estado autopsico del cerebro de los paráliticos generales tratados con paludismo, lo impulsó a declarar que ya cabe hablar de la curabilidad en esa temida dolencia.

Huelga agregar que lo dicho sólo reza con la peor forma de la sífilis cerebral, pues hay pocas razones en pro y muchas en contra del empleo de la malaria en otros males venéreos, de índole más benigna, tales como tabes, sífilis primaria y secundaria, y blenorragia, para no hablar de otras dolencias, por ejemplo, parálisis agitante, parkinsonismo postencefálico, epilepsia, leucemia, esclerosis en placas, en que ha fracasado casi constantemente.

La malarioterapia ha planteado nuevos problemas, mas poco a poco se van definiendo y puntualizando su verdadero alcance y aplicación. Es un remedio peligroso, que sólo deben emplear los peritos, y dada

<sup>7</sup> Lépine, J.: Jour. Méd. Lyon, p. 335 (jno. 20), 1925.

<sup>8</sup> Wagner-Jauregg: Wien. klin. Wchnschr. 34:171, 1921.

<sup>9</sup> Véanse las Crónicas del Boletín.

<sup>10</sup> Freeman, W.: Jour. Am. Med. Assn., E. E. 17:520 (abr. 15) 1927.

la subida mortalidad que acarrea, debe ser utilizada con toda cautela, y únicamente en hospitales preparados para ello. Mühlens<sup>11</sup> ha precisado los cuidados que exige: La institución donde se aplique debe estar libre de chinches, piojos y anófeles; sólo debe inocularse a los sujetos fuertes; antes de la inyección hay que cerciorarse de que el enfermo no es intolerante a la quinina; después de la inyección, hay que examinar diariamente la sangre, y si el número de parásitos parece excesivo o sobrevienen ictericia o agotamiento, precisa iniciar la quinina acto continuo; no se dé de alta al enfermo hasta que haya permanecido tres o cuatro semanas sin parásitos; no se emplee más que la terciana benigna y al establecer una raza, vigílese cuidadosamente en busca de contaminación subterciana. Entre las contraindicaciones mencionadas por otros autores, figuran la existencia de cualquier otra enfermedad aguda o crónica (somática) grave, desvitalización, desnutrición, extenuación, graves estados hepáticos, renales, y esplénicos y miocarditis. Hay que estar a la mira de los trastornos, sobre todo en los obesos. Hoy día el método preferido es la inoculación directa de sangre, aunque en Inglaterra todavía siguen utilizando los mosquitos, a pesar de exigir éstos laboratorios *ad hoc*, por oponerse algunos allegados al empleo de sangre de paralíticos. La posible transmisión por los mosquitos ha sido afirmada, rebatida, confirmada y disputada, ofreciendo ambas escuelas datos en pro de sus alegaciones y dejando la cosa en tela de juicio, aunque los argumentos parecen favorecer a los que sostienen el peligro del contagio. Como vías de inyección utilizáanse la sub-, intra-, y extracutánea. venosa, muscular, y hasta esplénica y raquídea, mas escogiéndose por lo común las dos primeras.

Otro interesante punto puesto sobre el tapete por la malarioterapia consiste en si existe realmente poca neurosífilis en los países donde reina el paludismo. Al principio, la opinión giraba en ese sentido, pero últimamente se ha disputado la rareza de la parálisis general en las zonas maláricas y sus causas cuando tal sucede, y todo lo que cabe decir por lo pronto es que precisan datos más numerosos y exactos para dirimir el punto.

Ninguna reseña del asunto quedaría completa sin una mención somera de otras formas de piretoterapia propuestas recientemente. Hoche,<sup>12</sup> König,<sup>13</sup> Sägel,<sup>14</sup> Silverston,<sup>15</sup> y otros, han abogado por el empleo de la fiebre recurrente (*Spirocheta duttoni*), que posee la ventaja de no necesitar huésped humano y ser más susceptible al tratamiento, si bien adolece del inconveniente de ser más difícil conseguir la cepa en la mayoría de los países. El sodokú, otra espiro-

<sup>11</sup> Mühlens, P.: Klin. Wehnschr. 2: 2340, 1923.

<sup>12</sup> Hoche, A.: Schweiz. Med. Wehnschr., 15: 133, 1925.

<sup>13</sup> Carta de Berlín: Jour. Am. Med. Assn. 84: 1511, 1925.

<sup>14</sup> Sägel: München. med. Wehnschr., 71: 369, 1924.

<sup>15</sup> Silverston, J. D.: Jour. Ment. Sc., 70: 89, 1924.

quetosis, ha tenido también su defensor en Solomon, en tanto que otros han proclamado los méritos del nucleinato de sodio<sup>16</sup> y de la tifovacuna<sup>17</sup>. El tiempo irá decidiendo el valor de los distintos procedimientos. De todos modos, los nuevos remedios, y sin olvidar la triparsamida, han modificado radicalmente el horizonte en la neurosífilis.

No estará demás agregar unas palabras sobre profilaxis. Se ha afirmado muchas veces, y con razón de sobra, que los médicos tendrían que preocuparse mucho menos de buscar nuevos remedios contra la parálisis general, si trataran debidamente la sífilis a tiempo e hicieran comprender al enfermo la necesidad de tal tratamiento. Siempre que haya historia de avariosis, no hay examen completo sin un análisis del líquido cefalorraquídeo, a fin de despistar a tiempo la invasión luética. Una vez descubierta ésta, es de vigor pasar a averiguar si algún allegado del enfermo ha contraído también la infección.

#### LA RABIA COMO ENFERMEDAD DE LA NIÑEZ

Según hemos hecho constar en otra ocasión en el BOLETÍN, de varias partes del mundo comunican una recrudescencia de la hidrofobia. Hay un aspecto de la profilaxia de esa enfermedad sobre el cual se llama la atención en una publicación reciente,<sup>18</sup> a saber, que los niños, y en particular los varones, son las principales víctimas de ella. Las cifras relativas a la mortalidad correspondiente al área del registro de la mortalidad en los Estados Unidos, durante un período de siete años, patentizan que 6 de cada 10 muertes producidas por la rabia tuvieron lugar en niños de menos de 15 años, y que 7 de cada 10 de estas muertes infantiles recayeron sobre el sexo masculino. Entre la edad de 5 a 10 años sobrevienen más muertes que a ninguna otra edad.

En lo tocante a la mortalidad, la rabia es, pues, una enfermedad de la infancia, casi lo mismo que la escarlatina. No tan sólo son los niños atacados por los perros hidrófobos más frecuentemente que los adultos, sino que las autoridades médicas han averiguado que el período de incubación es más breve en ellos, lo cual da por resultado que contraen la rabia más frecuentemente, por disponerse de menos tiempo para poder administrar al niño la inoculación protectora.

Pásase de sabido que con respecto a la rabia, todas las esperanzas de salvar la vida tienen que cifrarse necesariamente en la profilaxis, pues la rabia, una vez contraída en forma manifiesta, es incurable. El mejor profiláctico, consiste, pues, entonces, en la rígida aplicación de los reglamentos y ordenanzas que exigen el empleo general de

<sup>16</sup> Fischer, O.: Med. Klin. Berlín, 17: 509, 1921.

<sup>17</sup> Kunde, M. M., Hall, G. W., y Gerty, F. J.: Jour. Am. Med. Assn., E. E. 18: 564 (nbre. 1) 1927.

<sup>18</sup> Statis. Bull. Metr. Life Ins. Co. 9: (abril) 1928.