

constituye el tratamiento racional de las lesiones provocadas por el bacilo de Ducrey.

Bacterioterapia local del chanero blando.—En 16 casos de chanero blando, Levi Romero⁶ obtuvo resultados rápidos con una gelovacuna autógena o stock. La autogelovacuna adolece de los mismos inconvenientes que los filtrados, pero posee la ventaja de que puede prepararse en tres días, comparada con los 10 ó 15 necesarios para aquéllas.

Malarioterapia y Otras Piretoterapias

Malarioterapia profiláctica.—Para demostrar que la malarioterapia, aunque eficaz en la curación, resulta ineficaz en la profilaxis de la parálisis general, Gougerot⁷ cita a un sujeto de 39 años que contrajo la sífilis en 1916 y el paludismo en 1917. Durante el segundo año de la malaria se presentaron los primeros signos de parálisis general, y el tratamiento específico los hizo desaparecer. Cinco años después reaparecieron, para desaparecer otra vez con la malarioterapia.

Valor profiláctico.—En fecha reciente, Rodríguez Arias⁸ ha tenido ocasión de recoger tres nuevos casos de paludismo y neurosífilis no evitada, de paludismo no preventivo y, en cambio, sí curativo en el mismo paciente. En virtud de estas observaciones personales, se atreve a añadir que la tabes tampoco es evitada por el paludismo de tipo profiláctico, y que es indudable que el valor preventivo y curativo de la malaria en la neurosífilis resultará diferente.

Neurosífilis.—Riddoch⁹ afirma que, aunque la malarioterapia de Wagner-Jauregg se encuentra todavía a prueba, ya ha demostrado su valor en cierta proporción de los casos. Los resultados no han sido tan buenos en Inglaterra como en otros países, y para el autor, el tratamiento debe limitarse a los casos incipientes. Otro tratamiento que tal vez altere el pronóstico de la demencia paralítica es la triparasamida, aunque todavía se halla en el período experimental. Con respecto al tratamiento, hay que vigilar la salud general y hábitos del enfermo, y no puede exagerarse la importancia de realzar el ánimo del paciente. “Las pruebas de laboratorio son de valor como indicaciones de la eficacia del tratamiento, sólo cuando se emplean conjuntamente con el estudio clínico. No hay medio seguro de determinar cuando se halla curada la neurosífilis. Los enfermos deben quedar bajo observación y tratamiento periódico durante muchos años y quizás todo el resto de su vida.”

Paludismo y triparasamida en la sífilis céfaloarraquídea.—De 40 casos de sífilis cerebrospinal tomados al azar, Porteous y Menzies¹⁰

⁶ Levi Romero, A.: Gac. Méd. Caracas 34: 371 (dbr. 31) 1927.

⁷ Gougerot, H.: Paris Méd. 67: 198 (mzo. 3) 1928.

⁸ Rodríguez Arias, B.: Arch. Med., Cir. & Esp. 28: 641 (mayo 19) 1928.

⁹ Riddoch, G.: Brit. Jour. Ven. Dis. 4: 1, 1928.

¹⁰ Porteous, C. A., y Menzies, E. C.: Can. Med. Assn. Jour. 18: 536 (mayo) 1928.

obtuvieron un estacionamiento satisfactorio en 16 después de inocular paludismo. La atrofia óptica fué mucho menos frecuente que en una serie tratada con triparsamida.

Mortalidad por paludismo y parálisis general en Italia.—De su análisis de los datos relativos a la mortalidad en las diversas regiones italianas durante el trienio 1921-1923, Lutrario ¹¹ deduce que, donde reina el paludismo, la parálisis general acusa poca mortalidad, y viceversa. Sin embargo, es demasiado prematuro para sacar conclusiones de esta constatación, pues las regiones más palúdicas son las menos expuestas a los factores generadores de la parálisis general.

Paludismo.—El caso de Fernández de la Portilla ¹² sólo tiene el interés de ser uno más en que en un sifilítico tratado apareció después paludismo, el cual a su vez desapareció con la misma medicación.

México.—Ramírez Moreno ¹³ consagra un trabajo laureado por la Academia de Medicina de México al tratamiento de la parálisis general, en el cual, después de repasar la literatura, analiza los datos mexicanos. Cita 5 casos para demostrar la importancia de la punción lumbar en todo sujeto sospechoso de neurosífilis y el valor del tratamiento precoz. En 27 paralíticos generales que tratara con neosalvarsán de 1921 a 1924 el resultado fué éste: nulo, 45 por ciento; mejoría al principio, 15 por ciento; ligera mejoría, 7 por ciento; remisión parcial, 11 por ciento; remisión completa, 22 por ciento. A la larga todos los enfermos recayeron y murieron de la evolución de la dolencia, de modo que, para el autor, el salvarsán debe ser proscrito en la parálisis general, pues los grandes perjuicios que origina no quedan compensados con sus beneficios relativos. En general, piensa lo mismo acerca de los otros arsenicales, aunque más bien fundándose en la literatura que en su experiencia propia. Los bismutados (trepol y neotrepol) los ha empleado en 33 casos, obteniendo con el neotrepol hasta 23 por ciento de remisiones completas, o sea mucho más que con el trepol (6 por ciento). Sin embargo, la mayoría de los enfermos también murieron de su parálisis en un plazo más o menos largo. Según Ramírez, los mercuriales tienen aplicación muy restringida en esos casos, y las inyecciones intrarraquídeas de Lafora le produjeron siempre accidentes. La malarioterapia fué introducida en México por Manteca Parra, quien obtuvo resultados muy desiguales en una pequeña serie de 8 casos. En el Valle de México, se tropieza con el obstáculo de que el paludismo es de forma leve y los palúdicos que llegan de la costa casi siempre mejoran o curan con el cambio, lo cual dificulta mucho las inoculaciones. La mayor parte de los palúdicos también han sido tratados ya con quinina. Aunque se acepta que rarísimos paralíticos generales tienen ante-

¹¹ Lutrario, A.: Bull. Of. Int. Hyg. Pub. 20: 719 (mayo) 1928.

¹² Fernández de la Portilla: Med. Ibera 23: 63 (jul. 21) 1928.

¹³ Ramírez Moreno, S.: Gac. Méd. México 59: 252 (mayo), 331 (jun.) 1928.

cedentes palúdicos, en un caso de Ramírez había habido paludismo largo y grave diez años antes. Aunque la malarioterapia es un buen método, en la Mesa Central de México hay que sustituir otros procedimientos piretotéropicos más al alcance. El autor probó la fiebre recurrente, pero sin resultado, a pesar de haber exaltado la virulencia del germen, sin duda por haber sido tratados con arsenicales los enfermos. Castro también probó el método con resultados desiguales, por lo cual no parece recomendable en México. Los resultados obtenidos con la sodokuterapia parecen halagadores, pero aun no se cuenta con estadísticas importantes. Las reacciones locales pueden ser evitadas haciendo las inoculaciones profundas intramusculares y no subcutáneas. Para Ramírez el mejor sistema terapéutico por ahora consiste en la piretoterapia (sodokú) asociada con el bismuto coloidal, pues le ha dado mayor número de resultados favorables con un mínimum de complicaciones.

Estados Unidos.—De 100 casos de parálisis general tratados con el paludismo por Levin,¹⁴ sin ningún tratamiento específico después, obtuviéronse remisiones completas en 26, parciales en 10, mejoría en 14, en 21 nada, y 29 murieron. Se benefició un total de 50 por ciento. Las remisiones completas han durado hasta ahora de 4 a 31 meses. La forma grandiosa o expansiva es la que promete más, revelando mejoría 84 por ciento de ellas. El pronóstico es mucho más dudoso en las formas demencial y agitada. La duración de la psicosis antes del tratamiento guarda una relación marcada con la intensidad de la mejoría. Los varones parecen reaccionar mejor que las mujeres, 53 y 36 por ciento respectivamente. No hay una correlación precisa entre la mejoría clínica y serológica después de la malarioterapia.

España.—Los autores¹⁵ trataron 30 casos de parálisis progresiva sometidos a la paludización, y en síntesis dicen que la malaria mejora ostensiblemente los casos iniciales de parálisis general, sobre todo desde el punto de vista mental, y que fué muy irregular en sus efectos cuando el período morbozo era avanzado. En los casos antiguos, el peligro de muerte no es pequeño; no así en los casos iniciales. Desde el punto de vista somático, todos los enfermos, excepto dos, han mejorado ostensiblemente, aumentado de peso, ofreciendo un aspecto magnífico y asegurando una mayor longevidad. En cambio, otros síntomas continúan igual: signos pupilares, abolición de reflejos, etc. Tres o cuatro únicamente no se han aliviado nada.

España.—Sanchis Banús¹⁶ ha seguido a 15 paralíticos generales tratados con paludismo. Hubo 6 remisiones completas y 4 mejorías considerables. Uno sólo no mejoró. Dos murieron, pero no de la paludización. La mejoría serológica fué casi nula, comparada con la

¹⁴ Levin, H. L.: N. Y. St. Jour. Med. 28: 562 (mayo 15) 1928.

¹⁵ Rodríguez Arias, B., y Pons Balmes, J.: Arch. Med., Cir. & Esp. 28: 613 (mayo 12) 1928.

¹⁶ Bull. Of. Int. Hyg. Pub. 20: 717 (mayo) 1928.

clínica, por lo cual el autor, apenas corta la fiebre, practica una cura intramuscular de acetilarsán, estilo Sicard.

Alemania.—La comunicación de Dattner¹⁷ abarca 129 casos tratados con paludismo de hace cuatro a seis años. Ochenta y uno se hallan todavía vivos, y en 70 se examinó el líquido cefalorraquídeo dentro de los últimos seis meses. En 36 la reacción fué completamente negativa, en 27 débilmente positiva, y en 7 absolutamente positiva. Cincuenta y siete no tenían síntomas; 15 se hallaban estacionados; y 8 en evolución. Todos los enfermos con completa remisión clínica acusaron reacciones, bien absolutamente negativas o débilmente positivas. El grupo de enfermos que no fueron tratados con salvarsán después del paludismo reveló el menor porcentaje de remisiones y el mayor de deterioro.

Francia.—Crouzon y Zadok-Kahn¹⁸ comunicaron al reciente congreso neurológico de Francia una estadística de paráliticos generales malariaterapizados con los siguientes resultados: favorables, 30 por ciento; nulos, 26 por ciento; perdidos de vista, 42 por ciento; muertos, el resto (29 casos). Nyssen ha obtenido resultados análogos.

Inglaterra.—En la sesión extraordinaria de mayo de 1928 del Comité Permanente de la Oficina Internacional de Higiene Pública se hizo constar que, en la Gran Bretaña, de los enfermos ingresados en los asilos en 1923 y 1924, 56 por ciento todavía vivían en 1927 entre los inoculados (438), y solamente 14 por ciento en los que no habían sido tratados con el paludismo (1,173). La impresión favorable creada por esas cifras fué confirmada por el examen directo de los sujetos.

Rumanía.—La malarioterapia ha tropezado con una dificultad en Rumanía, y es que en ciertas regiones en que reina el paludismo los individuos se muestran refractarios a la inoculación.

Italia.—Para Rizzatti,¹⁹ la malarioterapia rinde por lo menos 40 por ciento de buenos resultados con una mortalidad cuando más de 10 por ciento. La terciana se acompaña de una mortalidad menor y de más éxitos. Antes del tratamiento un detenido examen médico es de rigor.

Malarioterapia atenuada.—Este método, elaborado en la clínica de Wagner-Jauregg, consiste en administrar la malarioterapia en dos tandas a los enfermos de alguna edad, suspendiendo los ataques febriles después de cuatro accesos con quinina. Entre tanto, se administra salvarsán. Horn y Kauders²⁰ administraron pequeñas dosis de 0.1 a 0.2 Gms. de quinina con el paludismo. Después de una intermisión, o reducción del paludismo, éste acaso reaparezca

¹⁷ Dattner, B.: Klin. Wchns. 7: 921 (mayo 13) 1928.

¹⁸ Gaz. Hóp. 101: 1212 (agto. 25) 1928.

¹⁹ Rizzatti, E.: Giorn. Clin. Med. 9: 1 (eno. 20) 1928.

²⁰ Horn, L., y Kauders, O.: Wien. klin. Wchns. 41: 585, 1928.

espontáneamente o puede ser reproducido con reinoculaciones. La quinina se administra a dosis de 0.5 Gm. por vía bucal, apenas la fiebre cesa o precisamente antes. En la atrofia óptica tabética es peligroso yugular el paludismo y administrar dosis masivas de quinina. En esos casos se administró 0.05 Gm. de quinina un día después de la inoculación y cada dos días durante el período de incubación. El peligro que entraña el paludismo en la atrofia tabética parece ser mayor durante los primeros accesos, y por eso los autores redujeron cuidadosamente los primeros ataques febriles y administraron dosis pequeñas durante la incubación. Si es necesario, se utiliza el piramión a dosis de 0.5 Gm. durante los accesos.

Paludoterapia atenuada.—Con el método descrito por Horn y Kauders ²¹ para tratar la atrofia tabética del nervio óptico, se evita el efecto global del paludismo, manteniendo la temperatura a menos de 40 C. El día después de la inoculación se administra 0.05 Gm. de quinina, repitiendo la dosis cada dos días durante el período incubativo. Luego se administra la misma dosis después de cada acceso. Si el acceso no alcanza la temperatura deseada, se aplaza la dosis siguiente hasta que comience el próximo. En la malarioterapia de la atrofia tabética óptica el peligro parece estribar principalmente en los primeros accesos febriles. El resultado terapéutico será comunicado después de un período suficiente de observación.

Tifovacuna.—O'Leary ²² repasa los resultados al cuarto año en una serie de parálisis general tratada con paludismo. En el cuarto año las principales alteraciones fueron serológicas. En los primeros dos años apenas hubo ningún cambio de ese género, pero al cabo del cuarto año 19 de 23 (82 por ciento) enfermos que se hallan todavía en remisión han demostrado una completa inversión serológica a la negatividad. De 358 neurosifilíticos tratados con paludismo desde junio de 1924 en la Clínica Mayo, 220 revelaron manifestaciones tempranas de parálisis. En el grupo no paralítico la observación más notable ha consistido en las alteraciones serológicas. Los resultados clínicos más pronunciados se notan como al año de la malarioterapia, y los serológicos de tres a cuatro años después. La paludoterapia debe recomendarse en los casos de neurosífilis que no revelan una reacción clínico-serológica favorable al principio del tratamiento, y no debe demorarse hasta que se presenten signos de parálisis, pues los enfermos que más se benefician son los que tienen menos signos de degeneración parenquimatosa. El tratamiento con la tifovacuna, aunque algo menos eficaz, no exige cuidado institucional y constituye un substituto ideal cuando no se puede emplear el paludismo. En un grupo de 26 paralíticos refractarios al paludismo se administró una serie de 8 a 12 inyecciones intravenosas de vacuna

²¹ Horn, L., y Kauders, O.: Wien. klin. Wehnschr. 41: 585 (abr. 26) 1928.

²² O'Leary, P. A.: Jour. Am. Med. Assn. 91: 543 (agto. 25) 1928.

tifoidea. En varias ocasiones hubo que administrar 350,000,000,000 de bacilos en cada inyección para producir una temperatura de más de 40 C. En cambio, la extenuación y complicaciones orgánicas fueron menores con las inyecciones de tifoidea que con el paludismo. Con las primeras las remisiones tardaron más en aparecer y fueron menos marcadas y menores (15 por ciento).

Inmunidad tras la fiebre recurrente.—A 200 paralíticos generales se les inoculó fiebre recurrente, reinoculándoseles después a muchos razas homólogas y heterólogas.²³ Una raza procedía del Instituto de Enfermedades de Buques y de los Trópicos de Hamburgo, y ha tenido 700 pases por ratones. Otra procedía de Marruecos. Después que 97 paralíticos habían tenido una típica fiebre recurrente, la raza homóloga fué empleada para reinfección 264 veces. Sólo en un caso pudo descubrirse clínicamente reinfección en los reinoculados con la raza homóloga. Cuando los paralíticos habían sido inoculados con el *S. duttoni* manifestaron, hacia la raza homóloga, una inmunidad, la cual duró cinco años y medio, pero no fué potente contra la raza marroquí heteróloga. Una suspensión de una raza recurrente desconocida en sangre murina mezclada con el suero de un enfermo infectado con una raza desconocida tal vez ofreciera un auxiliar diagnóstico. En el tratamiento de los casos recurrentes sólo debe emplearse el suero homólogo de los convalecientes a dosis mayores. Aunque se reinocula frecuentemente a los paralíticos, no se puede observar marcada inmunidad hacia la raza homóloga varios meses después de la última infección, pero sí dos semanas después.

La Fisoespiroquetosis Broncopulmonar en Chile

Vista la frecuencia de la fisoespiroquetosis broncopulmonar en varios países sudamericanos, los Dres. F. Cruz P. y M. Sánchez del P. (*Rev. Méd. Chile* 56:729 (agto.) 1928) se decidieron a buscarla en Chile. En las primeras investigaciones fueron confirmadas sus sospechas, pues en 4 casos descubrieron la asociación fisoespirilar en el esputo. Un interno del hospital, Rafael Lorca, emprendió el estudio para su tesis, y entre 60 casos, si bien sospechosos, se encontraron 10 positivos, lo que indica su relativa frecuencia. En 2 casos había espiroquetos al lado del bacilo de Koch, y en uno coexistían los anaerobios de la gangrena pulmonar.

La higiene y la escuela.—La higiene individual puede ser la medida de cultura, y por ella los pueblos pueden ser catalogados entre los menos o los más educados; problema de educación es la higiene y como tal debe preocupar y ser difundida desde la escuela. Inculto quien carece de hábitos de higiene.—*Bol. Hosp. Civ. S. J. de Dios* 3:6 (eno.-mzo.) 1928.

²³ Sagel, W.: Arch. Schiff. Tropic-Hyg. 82: 178, 1928.