

mejor método incruento. La epididimitomía ofrece inmediato alivio, pero hospitaliza al enfermo más tiempo.

*Reumatismo.*—Una gestante de 28 años padecía de una intensa artritis gonocócica de la muñeca izquierda que no había cedido a la vacuna ni a la proteína, pero cedió a cinco inyecciones de sulfarsenol. Lamblin<sup>16</sup> ha tenido otros dos casos semejantes.

*Vacuna estreptobacilar.*—Injectando la vacuna de Nicolle por vía intramuscular, Barrio de Medina<sup>17</sup> logró suprimir, pero no siempre, la reacción térmica, si bien los resultados terapéuticos fueron menores que por vía intravenosa. La vacuna antichancrosa constituye el mejor método para tratar lesiones venéreas, sin que su acción guarde relación con la dosis ni con la hipertermia provocada. Cuesta también ha empleado la vacuna por las vías intravenosa, intramuscular, e intradérmica. La intravenosa es la que proporciona resultados más rápidos, hasta con dosis de 1 y 0.2 cc. Antes de emplear esa medicación hay que comprobar la presencia del bacilo de Ducrey. Sáinz de Aja declaró que, al emplear la vacuna, no debe olvidarse el tratamiento local, habiendo casos que curan puramente con el último. A veces se diagnostican como chancros venéreos, en particular en la mujer, lesiones ulcerosas banales que pasan por ser fracasos de la vacuna.

Las observaciones de Ruiz de la Riva<sup>18</sup> comprenden tres casos tratados por vía intravenosa; once por vía intramuscular y trece intradermorreacciones con la vacuna anti-Ducrey. La vacunación antichancrosa Ducrey ejerce una indudable acción eficaz contra todo proceso debido al bacilo Ducrey, sobre todo por vía venosa. Dadas las violentas reacciones, debe limitarse a los casos graves, rebeldes o de especial localización y a aquellos en que por circunstancias especiales, deba obtenerse una curación rápida. En todos los demás, se utilizará la vía intramuscular, con la seguridad de obtener sorprendentes curaciones. La intradermorreacción es específica.

### Malarioterapia

*Rumanía.*—Rumanía, dice Cantacuzène,<sup>19</sup> país palúdico, ofrece un campo favorable para aplicar la malarioterapia. El método se ha convertido desde hace tres años de empleo corriente en los servicios de psiquiatría y neurología de los hospicios y hospitales de Bucarest, Jassy y Cernautzi. La estadística presentada comprende 528 casos, 338 de ellos del hospicio de alienados de la clínica neurológica y el hospital militar de Bucarest; 47 del servicio del Dr. J. Solomonowisz, del hospicio de alienados de Cernautzi, y 78 del hospicio de alienados

<sup>16</sup> Lamblin, M. J.: *Sumzdo. en Presse Méd.* 36: 412, 1928.

<sup>17</sup> Med. Ibera 22: 597 (mayo 26) 1928.

<sup>18</sup> de la Riva, Ruiz: *Rev. Méd. Sevilla*, 45: 43 (fbro.) 1928.

<sup>19</sup> Bull. Of. Intern. Hyg. Pub. 20: 250 (fbro.) 1928.

de Socola en Jassy. En todos los servicios rumanos, la inoculación da sangre malárica se practica directamente con sangre de la vena del pliegue del codo sin desfibrinación ni mezcla con anticoagulantes. La inoculación es subcutánea, intravenosa o intramuscular, aunque también se ha probado la vía esplénica y hasta la raquídea. La dosis suele variar de 3 a 5 cc. La inyección intravenosa, lo mismo que la intraesplénica, acortan el tiempo de incubación en 3 a 5 días. Las sangre es recogida tanto durante los accesos como los períodos antipiréticos, dando los dos métodos resultados positivos. Terapéuticamente, se deja que el enfermo experimente de 8 a 12 accesos. Ha habido ciertos casos mortales durante el tratamiento, por lo general de ictus hemorrágico. En los 528 casos hubo 21 muertes al principio de las inoculaciones, sobre todo en los enfermos de nefritis crónica. La proporción de muertes varía de 0 a 13.8 por ciento en las diversas estadísticas. En la última, a ciertos paralíticos se les inoculó sangre de paludismo tropical, y sucumbieron a la infección. No todos los inoculados contraen el paludismo, pues bastantes se mostraron refractarios. En una estadística de 128, 33.6 por ciento, y en otra, 18 por ciento se mostraron refractarios, cuya diferencia puede depender de la cantidad de sangre inyectada, la virulencia del antígeno empleado, y el medio social a que pertenecen los enfermos, es decir, si ciudad o campo.

La proporción de remisiones completas varió de 7 a 36.8 por ciento, con un promedio calculable de 22.23 por ciento. Las mejoras y remisiones incompletas variaron de 18.8 a 55.9 por ciento, dando un promedio de 28.5 por ciento. Los casos estacionarios, es decir, que la malarioterapia no modificaba, variaron de 11.8 a 54.54 por ciento, con un promedio de 35.7 por ciento. Por fin, los agravados variaron de 10.6 a 22.8 por ciento, acusando un promedio de 17.5 por ciento. L. Ballif logró una mejoría mucho mayor (46 por ciento) entre los enfermos tratados con paludismo y neosalvarsán, que entre los tratados con paludismo solo (15 por ciento). Hace notar que los beneficiados con el tratamiento mixto son en general los que presentan buen estado somático, y que los no tratados así son aquellos que se hallaban muy debilitados o que se mostraban muy refractarios al paludismo inoculado. La malarioterapia ha sido probada en Rumanía también en otras afecciones nerviosas. Veinte tabéticos tratados así por Paulian mejoraron considerablemente, tanto con respecto a los trastornos atáxicos como a las crisis gástricas y los dolores fulgurantes. En la psicosis maniaco-depresiva, la parálisis agitante, la demencia precoz, así como en tres casos de atrofia del nervio óptico de origen específico, el resultado fué nulo. En cambio, mejoraron tres casos de aortitis específica. Entre las modificaciones profundas consecutivas a la malarioterapia, puede citarse la desaparición total y persistente de la hipertensión arterial. Un

problema planteado por la malarioterapia versa sobre la inmunidad adquirida en el caso del paludismo espontáneo. Koch afirmó hace tiempo que puede inmunizarse contra el paludismo, y así lo confirman ciertas observaciones clínicas y epidemiológicas. La malarioterapia permitirá resolver el punto definitivamente.

*Inglaterra.*—James declaró en la sesión de noviembre de 1927 del Comité Permanente de la Oficina Internacional de Higiene Pública que en Inglaterra ya han tratado unos 1,400 casos de parálisis general con el paludismo desde cinco años. La administración encargada del servicio de los alienados ha emprendido una minuciosa encuesta sobre el asunto, que será publicada dentro de poco. En cuanto a la malarioterapia en el parkinsonismo postencefalítico, los resultados han sido desfavorables, y no se prosiguieron esos ensayos.

*Holanda.*—El Dr. J. Jitta<sup>20</sup> comunicó recientemente a la Oficina Internacional de Higiene Pública los resultados conseguidos por el Dr. Korteweg con la malarioterapia de la parálisis general. El material para inoculación se obtuvo de siete sujetos que habían tenido paludismo sin complicaciones, empleándose en la mayoría de los enfermos la sangre de otros paralíticos previamente inoculados. En Inglaterra prefieren la infección por medio de anófeles, pero para mantener esos mosquitos infectados, se necesitan laboratorios *ad hoc* y un personal preparado. Por regla general se utilizó la vía subcutánea, transmitiéndose la dolencia casi siempre en la primera inyección. El Prof. Bowman ha publicado una reseña de 50 casos en que el tratamiento ya se remonta lo suficiente para poder juzgar los resultados. De los 50 enfermos, 26 han podido abandonar la clínica, y 17 de éstos reanudar su ocupación anterior; 17 no se han modificado, y 7 murieron durante el tratamiento o poco después. En otra clínica los resultados fueron menos satisfactorios, pues de 30 enfermos, en 3 hubo que suspender el tratamiento y de los otros sólo se repuso 1 y mejoraron 6, 16 permanecieron estacionarios, y murieron 6. En dos hospitales de Amsterdam se inoculó paludismo a 163 paralíticos generales, de los cuales 16 murieron durante el tratamiento, algunos de otras causas que la infección palúdica. En resumen, los resultados conseguidos en Holanda alientan a continuar la malarioterapia de la parálisis general, pero la considerable mortalidad indica la necesidad de desplegar mucha cautela.

*Estados Unidos.*—Bahr y Bruetsch<sup>21</sup> sumarizan así sus observaciones en 100 paralíticos generales tratados con el paludismo: 25 pudieron abandonar el hospital; 12 pudieron dedicarse a alguna ocupación en el hospital; 40 no mejoraron, y en 35 de éstos la enfermedad avanzó; en tanto que en 8 continuó estacionaria; 5 sucumbieron durante los escalofríos, y 18 después de la inoculación del paludismo.

<sup>20</sup> Carta de Holanda: Jour. Am. Med. Assn. 90: 1491 (mayo 5) 1928.

<sup>21</sup> Bahr, M. A., y Bruetsch, W. L.: Am. Jour. Psych. 7: 715 (mzo.) 1928.

Hubo alteraciones serológicas después de la malarioterapia en los mejorados y no mejorados. Aunque no hubo relación entre la mejoría clínica y la serológica, el porcentaje de la última, en lo referente a la curva del oro coloidal, fué mayor en el grupo mejorado. La conversión de una curva paralítica en sifilítica verdadera fué una excepción.

*Copenhague.*—Los resultados de Van Askgaard con la malarioterapia de la parálisis general en el Hospital de St. Hans fueron éstos: <sup>22</sup> De 37 mujeres, 6 mejoraron mucho, y pudieron trabajar; 8 mejoraron parcialmente, y trabajaron; 3 mejoraron, pero tuvieron que quedarse en el hospital; 9 mejoraron; y 11 murieron. De 160 hombres, 25 manifestaron remisiones completas; 38 mejoraron y pudieron trabajar; 11 mejoraron, pero tuvieron que quedarse en el hospital; 6 mejoraron y volvieron a sus familias; 37 permanecieron en el hospital; 13 no manifestaron cambio alguno y permanecieron en el hospital; y 30 murieron.

*Alemania.*—El informe de Kirschbaum <sup>23</sup> procede de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Hamburgo-Friedrichsberg, y abarca los paralíticos tratados principalmente en los últimos siete años. Hay un grupo cuyo tratamiento cesó por lo menos hace un año. La raza cuartana fué empleada con resultados satisfactorios, pues es muy susceptible a la quinina, y no tan intensa como la terciana, pudiendo ser empleada cuando fracasa la última y conviene la malarioterapia. La curva térmica de la cuartana es más uniforme que la de la recurrente, que ha empleado el autor muchos años en el asilo. Cinco de 28 casos que recibieron la cuartana como primera piretoterapia para parálisis, manifestaron remisiones completas, que han durado siete años en algunos casos. Dieciséis se encontraban en el primer año de la parálisis. Otros seis pudieron continuar en su profesión, pero había que prestar atención a sus ligeros desvaríos intelectuales. Dos tuvieron que volver al asilo a los dos años, y los trastornos psíquicos no cedieron entonces al tratamiento. Uno de los 16 enfermos tratados con cuartana en el primer año de parálisis puede trabajar, por lo menos bajo vigilancia. En cuatro el resultado fué desfavorable. El porcentaje de remisiones buenas, incluso los casos estacionarios y los que reanudaron su antiguo trabajo, llegó a 68.7 por ciento.

*Sífilis congénita.*—Un niño de ocho años, cuya Wassermann sanguínea y cefalorraquídea era positiva, mejoró, pero no curó, con el tratamiento antisifilítico. <sup>24</sup> La malarioterapia logró mejoría psíquica y general.

<sup>22</sup> Rasch, C.: *Hosps. tid.* 70: 89, 1927.

<sup>23</sup> Kirschbaum, W.: *München. Med. Wehnschr.* 75: 469, 1928.

<sup>24</sup> Schjøtt, A.: *Med. Rev. Bergen* 44: 292, 1927.

*Cuartana.*—Mo<sup>25</sup> declara que desde hace cinco años, con Bosch, ha tratado paralíticos generales con la paludoterapia, tomando la sangre de la vena del palúdico y pasándola subcutáneamente. En sus 85 casos emplearon siempre la cuartana, por ser modificable con quinina y dejar apirexia más prolongada que la terciana, con lo que el enfermo tiene tiempo de reponerse del acceso anterior. Los períodos de incubación llegan hasta 39 y 40 días, pero lo habitual es entre 15 y 20. Vigilado el enfermo, déjanse desarrollar 14 a 16 accesos, si el estado general lo permite. En caso contrario adminístrase quinina. Cuando no se obtienen resultados con la primera inoculación, realízase una segunda, pero nunca una tercera ni cuarta, pues llevan el fracaso. En los 85 casos obtuviéronse los siguientes resultados: Recuperación total, con vuelta completa a su profesión, 28; mejorados, pero sin poder volver a su ocupación, viviendo en el seno de la familia, 11; pequeña mejoría, 14; sin modificación, 23; total de fallecidos hasta la fecha, 14. Vallejo Nágera declaró que no emplea la cuartana, por su mayor tendencia que la terciana a la perniciosidad. El número de accesos febriles que permite es de 10 a 12 en la clínica hospitalaria, y en la particular de 6 a 7. El tratamiento antisifilítico es de rigor después de la paludización. González Pinto manifestó que la paludización en la taboparálisis es peligrosa y de una mortalidad elevada, que obliga a estrecha vigilancia. Lafora agregó que el empleo de la cuartana acusa estadísticas menos favorables, a más de que aparece fiebre todos los días, con los peligros consiguientes.

*Neurología.*—Después de emplear al principio inoculaciones subcutáneas de sangre de los palúdicos, vistos los resultados tardios, Paulian<sup>26</sup> cambió al método intravenoso, con el cual la fiebre se presenta el mismo día, y después de durar unas horas, va seguida de un período de apirexia que duró unos cinco días, y luego se presenta la fiebre palúdica, y continúa hasta yugularla con quinina. Con ese método estudió el efecto en 193 casos de neurosífilis y algunos casos de neurosis no sifilíticas. En la esclerosis en placas, el parkinsonismo y las secuelas postencefalíticas, la parálisis agitante, y los estados paranoyacos, no se notó mejoría o ésta fué muy ligera. En los estados maniaco-depresivos, la malarioterapia sólo aceleró la evolución de la enfermedad que hizo aparecer antes la remisión. En la demencia precoz hubo numerosas remisiones; y en las paraplejías sifilíticas se notó marcada mejoría.

*Indicaciones.*—Para Gougerot,<sup>27</sup> hay que vigilar a los sifilíticos, y si no hay signos sospechosos de neurosífilis, no se necesitan ni piretoni malarioterapia. De manifestarse síntomas meníngeos o nerviosos, hay que obrar rápidamente. Si fracasan el arsénico, bismuto, y

<sup>25</sup> Med. Ibera 22: 621 (jun. 2) 1928.

<sup>26</sup> Paulian, D.: Marseille-Méd. 65: 216 (fbro. 15) 1928.

<sup>27</sup> Gougerot, H.: Paris Méd. 18: 198, 1928.

mercurio, pueden emplearse el paludismo o las inyecciones intravenosas de Kmelcos, o la vacuna antichancroidea de Nicolle, que parecen menos peligrosa que el paludismo.

*Blenorragia.*—Lenzmann, de Düsseldorf, descubrió que los gonococos desaparecían de los tejidos del blenorragico al inoculársele paludismo por sífilis tardía. Cammermeyer<sup>28</sup> observó lo mismo en un europeo en el Congo en 1912, al contraer un blenorragico paludismo y manifestar una temperatura de 40° C. Sin embargo, el autor quedó desilusionado al reaparecer los síntomas después de desaparecer el paludismo. Por supuesto, se había administrado quinina.

*Mecanismo.*—Para Fernández de la Portilla<sup>29</sup> es difícil precisar el mecanismo de acción de la paludoterapia en la parálisis progresiva. Existen casos de paludismo por picadura de mosquito que, evolucionando con varios accesos térmicos, presentan a los pocos meses una parálisis progresiva e igualmente, en un sífilítico en plena impregnación secundaria, presentóse un paludismo contraído en África. Fernández de la Portilla no ha probado la paludoterapia, pero sí la vacuna estreptobacilar con resultados lisonjeros, siendo más fácil de proporcionar que la semilla palúdica.

La investigación de Bruetsch y Bahr<sup>30</sup> fué realizada en el Hospital Central del Estado, en Indianápolis. El tratamiento con paludismo produce durante los accesos resultados histopatológicos en el cerebro, que consisten en fenómenos proliferantes del endotelio capilar, los cuales hay que considerar como parte de la reacción retículo-endotelial. La reacción es tan intensa como con la tifoidea, después de la cual se han comunicado frecuentemente buenas remisiones semejantes en los paralíticos generales. La falta de infiltración perivascular en la mayor parte de la corteza de un enfermo que murió en medio de un acceso, indica la desaparición de las células infiltrantes durante el paludismo agudo. La infiltración perivascular persistió en los lóbulos temporales y en el cuerpo estriado. Durante el paludismo, y en particular durante los ataques febriles, los plasmocitos inmigraron probablemente a los vasos cerebrales, participando en la fagocitosis de los plasmocitos recién liberados. Después de la regresión de la infiltración perivascular vuelven a la normalidad los espacios linfáticos perivasculares.

Después del tratamiento con paludismo y triparsamida en el Instituto Psicopático del Estado de Illinois, se notó<sup>31</sup> regresión de la inflamación. En ningún caso se observó regeneración del parénquima, pero las alteraciones meníngeas, en particular en la infiltración celular perivascular, fueron notables. También se observó marcada disminución y hasta desaparición de los plasmocitos, que se apiñan en la luz de los capilares cerebrales en los casos no tratados. Se practicaron

<sup>28</sup> Cammermeyer, J.: Norsk. Mag. f. Laegevidensk. 88: 280, 1927.

<sup>29</sup> Fernández de la Portilla: Med. Ibera 22: 597 (mayo 26) 1928.

<sup>30</sup> Bruetsch, W. S., y Bahr, M. A.: Jour. Nerv. & Ment. Dis. 67: 209, 1928.

<sup>31</sup> Saunders, A. M.: Jour. Lab. & Clin. Med. 13: 413, 1928.

exámenes de los frotos sanguíneos de los enfermos antes de aplicar el tratamiento, a los tres meses, y al año de aplicarlos. La fórmula de Arneth reveló desviación a la derecha después de la malarioterapia, que llegó al máximo a los doce meses. En muchos casos la marcada desviación a la izquierda en los casos no tratados, viró de tal modo que acusó una fórmula casi normal.

*Piretoterapia.*—El Instituto Serológico de Dresde ha introducido últimamente el saprovitán, que contiene saprofitos vivos, y que pasan por no multiplicarse en el organismo y sólo vivir cierto período de tiempo.<sup>32</sup> Scherber, de Viena, lo ha empleado aislado, y Spiethoff, de Jena, con paludismo. Dreyfus y Hanau han obtenido con él buenos resultados en los dolores fulminantes de los tabéticos y en la encefalitis crónica. Becker, de la Universidad de Leipzig, también declara que los dolores desaparecieron sin recurrir hasta los seis o siete meses, y curó así dos casos de tabes vesical. Fabinyi trató 21 casos de parálisis general que habían estado asilados algún tiempo, y 6 pudieron reanudar su trabajo, 5 mejoraron, 5 no mejoraron, 2 murieron, y 3 empeoraron. Werther ha obtenido buenos resultados en 32 enfermos de sífilis cerebral, metasífilis, tabes, y blenorragia. En el asilo de Weicksel se trató a 40 neurosífilíticos con saprovitán o neosaprovitán. Salvo en un caso en que apareció forunculosis, las 583 inyecciones no evocaron complicaciones. Uno de los primeros casos tratados fué un paralítico antiguo con endocarditis, que manifestó fiebre séptica después de la segunda inyección y murió después de continuar la fiebre mucho tiempo, si bien se descubrieron estreptococos en la sangre. Para el autor, el neosaprovitán puede combinarse con el paludismo, aunque los enfermos a menudo no manifiestan fiebre, en particular si han tenido ataques palúdicos espontáneos.

*Ácido nucleínico.*—Kyrle, Gerstmann, Behring, y en particular la escuela de Viena, han empleado el paludismo en la sífilis secundaria y primaria, pero Plehn y otros se oponen a esa práctica, y varios autores alegan que el tratamiento enérgico en el período temprano de la sífilis incapacita las facultades protectoras y defensivas del organismo, atribuyendo al tratamiento intenso el aumento de la parálisis, la tabes, y la neurosífilis. Richter<sup>33</sup> vió un caso de sífilis que se transformó en taboparálisis, a pesar de un acceso palúdico intermedio. Buscando un remedio menos inconveniente, utilizó el ácido nucleínico, con el cual Donath había obtenido buenos resultados en la tabes y la parálisis general, en 4 casos de taboparálisis, 8 de tabes, 3 de sífilis cerebral, y 1 de mielitis transversa, por lo común a dosis de 5 a 6 c. c. No notó complicaciones, y los resultados fueron tan buenos como con el paludismo, pero las reacciones no fueron tan peligrosas. Los enfermos no han sido tratados suficiente tiempo para expresar los resultados en cifras.

<sup>32</sup> Weicksel, M.: München. Med. Wehnschr. 75: 224, 1928.

<sup>33</sup> Richter, W.: Deutsch. Med. Wehnschr. 54: 222, 264, 1928.