

Tratamiento de la parálisis general progresiva por el método de Wagner von Jauregg

POR

PEDRO PARDO FIGUEROA

Señor Decano;

Señores catedráticos:

En cumplimiento del deber que el Reglamento impone a los que aspiramos la satisfacción de alcanzar de esta docta e ilustre Facultad el honroso título de Bachiller, vengo ante vosotros a ofrecer os este modesto trabajo que he realizado sobre el tratamiento actual de la Parálisis General progresiva por el método de WAGNER VON JAUREGG y sobre algunos de sus problemas conexos.

Él ha surgido no sólo por el esfuerzo personal, por las largas horas de meditación, de estudio y de observación clínica en él dedicados, sino también por las sugerencias y consejos de quien ha realizado—sobre el tema que motiva estas líneas—una labor tan importante y meritísima, como silenciosa y paciente. Me refiero al médico jefe del servicio de varones del Asilo de Magdalena, Dr. Honorio F. DELGADO. A él dedico este trabajo, y con él va mi profundo agradecimiento.

Quiero aquí dejar constancia de la honda y perdurable huella que dejaron en mi espíritu las sugestivas enseñanzas que nos diera el Dr. Hermilio VALDIZÁN en sus interesantes lecciones de Psiquiatría, producto de su vasta experiencia, al referirse al pronóstico y a las posibilidades del tratamiento actual de la “demencia paralítica”.

El tema era por demás sugestivo: “la parálisis general progresiva”, complicación final de la Sífilis evolucionando dentro de condicionalismos especiales y tenida hasta enton-

ces como enfermedad incurable, podía incorporarse al fin, merced a la labor de WAGNER VON JAUREGG y al tratamiento pirotógeno sugerido y aplicado por él en 1917, y con el que revolucionara teorías y doctrinas clásicas, cambiando substancialmente el sombrío pronóstico que hasta entonces tenía; podía incorporarse, digo, al creciente grupo de las enfermedades curables y, lo que es más aun, al de las evitables.

Sin embargo, no creí posible entonces poder abordar un tema como aquel, complejo en sí y lleno de dificultades, derivadas de la índole misma del asunto a tratar.

Y es que entonces no conocía en toda su amplitud la labor realizada en el Perú, sobre el tratamiento actual de la neurosífilis, por el Dr. Honorio F. DELGADO, ni había apreciado de cerca el importante material de enfermos existentes en su servicio; habiendo sido él, el primero en introducir la malarioterapia en este continente.

Al brindarme el Dr. DELGADO el material de enfermos de neurosífilis, preferentemente paráliticos generales, que ha venido tratando, de modo especial por la malaria, desde febrero de 1921, resolví emprender—tomando como base casos la mayoría de ellos inéditos, varios de los cuales en tratamiento actual—el estudio de conjunto que hoy presento. Impresionado por la importancia del tema, he procurado tocar, siquiera de ligero, algunos de los muchos aspectos y problemas que con el tratamiento pirotógeno de la demencia parálitica se relacionan.

“La malarioterapia” no sólo significa la conmutación definitiva de la sentencia de muerte que hasta 1917 caía fatalmente sobre “todos” los casos de parálisis general que se diagnosticaban; no sólo significa la conquista del tratamiento y de la profilaxia, de la metalúes; no sólo ha convertido en una realidad el afán vanamente perseguido de lograr la curación de la más grave de las formas de neurosífilis; significa mucho más, porque mediante ella es hoy también un valioso elemento para la curación de las manifestaciones secundarias o terciarias de la Sífilis.

Las inmensas posibilidades que estos hechos abren al futuro de la Patología y de la Medicina en general, y sus incalculables proyecciones de orden social, son las que me han alentado para emprender esta modesta contribución que, como visión de conjunto de tan importantes problemas, os traigo hoy para que sea sometida a vuestro fallo.

INTRODUCCION

Muchos y complejos son los síndromes que ofrece la sífilis cerebro-espinal. Y es, de otro lado, tan similar el cuadro que a la consideración del clínico presentan los diversos factores etiológicos que—a más de la sífilis—son originadores de trastornos transitorios o definitivos en la complicada estructura del sistema nervioso central, que el deslinde de los elementos que integran cuadros tan variados es tarea, a más de difícil, delicada, y lo es, principalmente, por la importancia que su clasificación precisa tiene tanto para el pronóstico como para el encause del *tratamiento*, cuya acertada explicación muy especialmente aquí, en el caso concreto que nos ocupa, tiene tan grande o mayor importancia que en otras entidades nosológicas.

Es lo fundamental de estas breves consideraciones lo que me lleva a anotar—tan sólo de corrido y con el único fin de imprimir *unidad* a las nociones que expongo en las páginas que siguen—; a anotar, digo, conceptos básicos que coloquen el tema que voy a tratar, en el lugar que en realidad le corresponde dentro del escabroso campo de la patología del sistema nervioso.

Aceptando a la sífilis como expresión de la unidad etiológica de la inmensa mayoría de estas alteraciones neuro-encéfalo-medulares y aún de no pocas psicosis, se ha restringido acertadamente la inútil complicación de clasificaciones teóricas, tan complejas como artificiosas; y ante las realidades de la clínica se borran día a día las pretendidas líneas divisorias entre la sífilis heredada, la sífilis adquirida y el complejo de síndromes rotulados desde FOURNIER como para o meta-sifilíticos.

Ahora, bien; si antes, a causa de las naturales restricciones impuestas por la limitación de conocimientos de la época, parecían nítidos y precisos los linderos anátomo-clínicos de la sífilis nerviosa con sus ya conocidos procesos de endoarteritis, esclerogomas, mielitis trasversa, hemiplejías y parálisis múltiples de los nervios craneales por lesiones de la base, las memorables investigaciones de FOURNIER establecieron pronto la naturaleza igualmente sifilítica de las tabes y de la parálisis general, perteneciente ésta al tipo parenquimatoso o

central de la sífilis del neuro-eje, entidades que habían de ampliarse cada vez más el círculo que aprisionaba las concepciones científicas de entonces hasta darles la amplitud que adquirieron con el descubrimiento del agente causal y único: el "treponema"; con el estudio de las reacciones bio-químicas que en estas afecciones neuro-encefálicas experimenta el líquido céfalo-raquídeo, y con la aplicación a la clínica de los arsenobenzoles, tan laboriosos y pacientemente elaborados por el genio de ERNLICH.

Realizada, pues, en nuestros días la *unificación causal* de los síndromes viscerales y meningo-encefálicos que la sífilis ofrece en sus variadas manifestaciones clínicas, y comprobada como está hoy la naturaleza sífilítica de la tabes y en especial de la parálisis general, debía, sin embargo, limitarse esta justa tendencia unificadora, y conservarse, pese a las muchas objeciones que en contrario se han formulado, una necesaria distinción entre la *sífilis nerviosa* y la de los otros órganos, así como—en aquella—han sido separados los trastornos etiquetados desde FOURNIER como *para* o *metasifilíticos*, el más importante de los cuales es la *parálisis general*; distinción impuesta no sólo por las modalidades particulares de la evolución de la enfermedad en uno y otro caso, sino, y muy en particular, por la manera cómo cada uno de estos dos diferentes grupos reacciona al tratamiento específico clásico.

Por ahora no nos detendremos a objetar las razones por las cuales el aparente neurotropismo electivo exhibido por el treponema en los casos de sífilis nerviosa ha llevado a aceptar a muchos, después de sugestivas aunque discutibles observaciones, la existencia de dos variedades en la especie "treponema": la visceral dermatropa, la nerviosa neurotrópa. Nosotros, que no somos tan absolutistas al respecto, exponemos en breve, en lugar pertinente, nuestro punto de vista con relación a este pretendido dualismo, cuyos defensores ven en la localización de esta última variedad en las meninges blandas y en sus vasos la razón única de la leptomeningo-vascularitis, substratum anatómico patológico de la sífilis cerebral y de las lesiones *encefálicas parenquimatosas* que originan el cuadro conocido con la denominación de *parálisis general progresiva* o *demencia paralítica*.

Al irse, pues, extendiendo y precisando el vasto campo que abarca la sífilis nerviosa, se ha podido comprender, cada vez con mayor claridad, la importancia que reviste en el terreno neuro-psiquiátrico el precisar pronto, frente a un sín-

drome meningo-encefálico, la exacta naturaleza del proceso a fin de decidir el tratamiento. La importancia fundamental de esto en lo que atañe a la *parálisis general*, ha surgido el día en que el afán investigador de WAGNER VON JAUREGG imprimió nuevos derroteros al tratamiento clásico hasta entonces seguido, apartándolo del empeño infructuoso de los arsenobenzoles cuya ineficacia ensombrecía el pronóstico hasta hacerlo fatal; para substituirlos ventajosamente por la acción piretógena y biológica de un protozoo, el *Plasmodium vivax*.

Los resultados francamente halagadores obtenidos por su propio autor, el ilustre profesor de la Universidad de Viena, y los alcanzados por otros investigadores que han seguido con éxito sus huellas en las clínicas psiquiátricas de Europa y Norte América, y muy principalmente entre nosotros por el laborioso y disciplinado espíritu del profesor Dr. Honorio F. DELGADO, inaugurador del método W. J. en este Continente, ha marcado una nueva época en la terapéutica neuropsiquiátrica y han puesto luz en el pronóstico sombrío de esta afección.

Ahora, antes de pasar a ocuparnos del método W. J. y de sus resultados, séanos permitido una breve incursión al pasado y un ligero análisis de los métodos hasta ayer seguidos.

CAPÍTULO I

Pronóstico y terapéutica de la parálisis general antes de Wagner von Jauregg

HISTORIA.—Si bien es cierto que la naturaleza sífilítica de una considerable variedad de procesos ulcerosos y destructivos propias de lesiones gomosas o aun de chancros genitales o extragenitales fagedénicos eran ya conocidos en la antigüedad por los sucesores de HIPÓCRATES desde fines del siglo XV, y en este Continente por nuestros aborígenes, como lo atestiguan infinidad de piezas de alfarería de la época incaica, ninguna relación vieron los médicos galenos de los primeros siglos de nuestra era y ni aún en buena parte de la Edad Media entre la sífilis y las sugestivas variedades de síndromes taboparéticos que, bajo el nombre genérico y exclusivo de “parálisis”, tan conocidos eran entonces tanto por la abundancia

y gravedad de los casos, acrecentada por el desconocimiento casi absoluto de una terapéutica específica apropiada y por la ineficacia de los escasos medios puestos en práctica (calomelanos exclusivamente).

Es al finalizar el siglo XV que se hace por primera vez mención de la naturaleza sífilítica de la "parálisis", cuando LEONCINO, en 1497, describe este síndrome "como una consecuencia de la sífilis" y establece que la hemiplejía se presenta algunos años y aun algunos meses después de la infección. Años más tarde, GRÜNBECK en 1503, y principalmente EMSER en 1511, enfatizan "la naturaleza sífilítica de la parálisis", y aun este último cita el caso de un paciente paralítico con una psicosis concomitante, quien obtiene, frente a un tratamiento original impuesto por BRUNO, una mejoría notable. PARACELSO, en 1530, aun cuando confundía gonorrea con "sífilis", describe casos catalogables como meningitis sífilítica. Sin embargo, el introductor del vocablo "sífilis", FRACASTOR (1521), no menciona en sus numerosos escritos una sola palabra referente al compromiso del sistema nervioso en esta infección. Siguiendo un orden cronológico, Nicolás MASSA, en 1556, da una descripción de "neuralgia sífilítica", mientras que, años más tarde, BORGARUTIUS, 1567, ensaya una explicación de estos "dolores neurálgicos", atribuyéndolos a lesiones sífilíticas de las meninges; dando LUSITANUS, 1561, una mayor aproximación a la verdad al referir las tenaces cefaleas de algunos de sus pacientes a "una osteítis intracanal de origen específico", después que BOTALLI, en 1536, aventuraba el origen sífilítico de la ceguera, y FERRUS, 1537, y MORGAGNI, años después (1600), establecían la naturaleza sífilítica de numerosas artropatías.

En el siglo XVII son ya más numerosos los escritos demostrativos de la estrecha relación de la sífilis con muchos trastornos neuro-encefálicos, entre los que podemos citar a GUARINONI (1610), describiendo ataques epilépticos en casos de sífilis cerebral; dando Vidus VIDIUS (1611), THIERY DE HERY (1634) y ZECHIUS (1650), explicación análoga a diversas crisis epileptiformes por ellos observadas; mientras que LUSITANUS, un siglo después que BOTALLI, en 1644, cita un caso de ceguera por lesión gomosa de la base, y BLAGNEY, en 1696, escribe un tratado "sobre la naturaleza de los lancinantes dolores sífilíticos" (tabes).

Conviene mencionar acá que es a WILLIS a quien, en 1672, se debe la primera descripción mediante la cual se puede, de

un modo casi definitivo, reconocer la *parálisis general progresiva*; aunque una descripción cabal e indubitable no es posible encontrar antes de la de un caso de CHIARUGUI, en 1797. Termina, pues, aquel siglo décimo-séptimo dejándonos una visión relativamente amplia acerca de la *naturaleza y modalidades de la sífilis nerviosa*.

Este cuadro se amplía rápidamente con el correr del siglo XVIII. Y así vemos en la interesante monografía de LAGNEAU (1771), registrar, entre más de doscientos casos historiados, interesantes ejemplos de neuralgias intercostales, sorderas, amaurosis, arteritis, caries de la base, parálisis facial, parálisis y leptomeningitis, todos de origen específico.

La publicación de las atinadas observaciones de RICORD demolieron las erróneas aseveraciones de JOHN HUNTER, quien con el prestigio de su autoridad y lo absurdo de sus postulados, hizo peligrar la estabilidad de los conocimientos adquiridos hasta entonces, al negar con énfasis "los efectos de la sífilis sobre órganos internos y en especial sobre el sistema nervioso". Aun cuando MORGAGNI (1766) y HORNE (1782) habían hecho importantes estudios sobre sífilis vascular, es a los trabajos de VIRCHOW, en 1847, a quien se debe los modernos conocimientos sobre sífilis arterial y venosa, que habían de ser ampliados por HUEBNER (1874) y por ALZHEIMER, ya en 1904.

BAYLE, en 1822, en su tesis clásica sobre la aracnoiditis crónica, hizo de la parálisis general progresiva una entidad mórbida bien distinta.

Al referirme a algunos de los investigadores del siglo XIX, no dejaré de mencionar los importantes estudios que de 1840 a 1857 realizara ROMBERG sobre sífilis medular, síndrome que fué denominado por él "*tabes dorsalis*", y por DUCHENNE, de Boulogne, "*ataxia locomotriz progresiva*". Es a VIRCHOW, también, a quien se deben las nociones anátomo-patológicas modernas sobre los granulomas gomosos de origen sífilítico. Las importantes contribuciones de NISSL y ALZHEIMER, entre otros, han completado el cuadro de las lesiones anátomo-patológicas de esta enfermedad, de modo especial en lo que se refiere al sistema nervioso.

El 3 de marzo de 1905, SCHAUDIN escribía el más importante capítulo en la historia de esta afección, y encauzaba las investigaciones realizadas y por realizar, por derroteros firmes y definitivos con el descubrimiento del agente causal: el protozoo espirilar, a quien denominó "*spirochaeta pallida*",

nombre que había de ser substituído, de acuerdo con las investigaciones de FISCHER, METCHNIKOFF, ROUX y, posteriormente, de NOGUCHI, en 1912, por el hoy universalmente adoptado de "*Treponema pallidum*" (STEIN, «Med. Record.», Apr. 13, 1912).

Este espirilo ha sido hallado posteriormente en lesiones gomosas del cerebro y médula, en meningitis sífilítica y en el líquido céfalo-raquídeo; tanto en la sífilis heredada como en la adquirida, habiendo sido además observado en el cerebro de enfermos calificados como "paralíticos generales".

El importantísimo problema de la inoculabilidad de la enfermedad y su transmisión de animal a animal, ha sido demostrada por NEISER, METCHNIKOFF y ROUX, mientras que WASSERMANN y sus discípulos, apoyándose en las concepciones geniales de BORDET y GENGOU, elaboraban la técnica serobiológica que, cuidadosamente ejecutada e interpretada, tan grande importancia tiene en el diagnóstico de esta enfermedad.

Es así como en la primera década del siglo XX, una nueva luz se ha hecho sobre esta infección y su relación con otras afecciones a protozoarios espirilares, en especial con la tripanosomiasis.

Conocidas como lo están ahora en su naturaleza exacta las lesiones anátomo-patológicas causadas en los diversos órganos por el desarrollo progresivo de la enfermedad; precisadas su acción degenerativa sobre las envolturas y sobre el elemento noble del eje encéfalo medular; sabiéndose ya hasta dónde es responsable de los síndromes neuro-encefálicos la acción inicial de la arteritis sífilítica, cuya sintomatología conocemos: hemiplejías, hemiparálisis con convulsiones unilaterales o generalizadas, trastornos de la escritura y del lenguaje, contracturas con o sin pérdida del conocimiento y, principalmente, *disminución* de la inteligencia y *alteración* del juicio; conocidos los diversos ciclos de la enfermedad y, muy en especial, los graves accidentes finales por meningo-vascularitis, tardíos unas veces, relativamente precoces los más en los casos de "neurotropismo electivo" (tabes y parálisis general), tanto que, según GENNERICH, *todos los casos de sífilis del sistema nervioso central comienzan por inflamación de las meninges* (opinión de gran valor, toda vez que su experiencia versa sobre 8,000 casos); establecida la importancia *diagnóstica* de las reacciones serológicas y humorales e introducido su uso en la práctica diaria, y generalizado, finalmente,

el empleo de los arsenobenzoles de EHRlich y de las sales de bismuto coloidal, fácil es entonces precisar el pronóstico. No mencionamos los compuestos mercuriales que, según GENNERICH, son de muy escaso valor cuando la sífilis ha invadido el sistema nervioso central. Todo esto, naturalmente, de acuerdo con la etapa de la enfermedad en la cual se interviene, y de acuerdo, también, con los agentes terapéuticos empleados y con su selección; punto este que, como veremos más adelante, es de capital importancia cuando se trata de la parálisis general.

Si hemos insistido en la breve reseña histórica que antecede, ha sido, como lo acabamos de manifestar, con el propósito de localizar el lugar que en el cuadro general integrado por todas las variedades clínicas de sífilis hasta hoy conocidas le corresponde a la parálisis general.

Si meditamos ahora sobre la gravedad creciente de las manifestaciones de la sífilis en sus diversas variedades y formas, desde la lesión chancrosa inicial, exclusivamente local, hasta las manifestaciones viscerales esclerosantes (hígado, riñón, genitales), que son su consecuencia, y de éstas pasamos a considerar las lesiones finales esclero-gomosas que asientan en el sistema nervioso, veremos que el puesto cumbre, por la gravedad de sus lesiones, por los elementos comprometidos y por lo sombrío del pronóstico, corresponde a aquellos síndromes expresión de la virulencia electiva de cierta variedad de treponema: la tabes, la sífilis cerebral y por encima de ambas, a la parálisis general progresiva.

Para todas estas fases sucesivas, para todo este escalonamiento de formas más y más graves según el tiempo transcurrido desde la aparición de la lesión inicial, según el sujeto y según el órgano comprometido; para todas estas modalidades de sífilis, aun para algunas formas de sífilis nerviosa, la terapéutica moderna tenía recurso con qué atacar el germen, destruyéndolo, con frecuencia, en la intimidad misma de los tejidos y deteniendo, así, el progreso de la enfermedad en la mayoría de los casos, con restitución funcional más o menos completa de los órganos afectados. Esto se comprueba a diario en los servicios de sífilografía, en los que constantemente se constata la eficacia de los modernos compuestos mercuriales, arsenicales y bismutados. Para casi todas las

formas y modalidades de sífilis había, pues, un recurso terapéutico, frecuentemente eficaz, que oponer a los progresos del mal, haciendo cada vez más optimista el *pronóstico* de los casos tratados, si lo eran de un modo adecuado y científico de acuerdo con las reacciones personalísimas—de orden constitucional y condicional—propias de cada caso. Sólo una forma de sífilis, de sífilis nerviosa, la más grave de todas, *la parálisis general*, escapaba a toda tentativa de tratamiento, cualesquiera que fuera la vía de administración empleada: oral, endovenosa, intradural o intracerebral; y el *pronóstico* aquí, frente a la infructuosidad de los esfuerzos de la terapéutica actual, *no podía menos de ser necesariamente fatal*.

Era indispensable, entonces, que un concepto nuevo creara también una terapéutica nueva, substancialmente distinta a la usada anteriormente y capaz de detener la marcha hasta entonces incontenible y progresiva de la enfermedad. A esto había que llegar. Y a esto llegó la genial inventiva de WAGNER VON JAUREGG.

Aceptando lo expuesto en el párrafo anterior, ensayaremos demostrar el por qué de la inutilidad de los medios terapéuticos empleados hasta hace poco en el tratamiento de la parálisis general, y de señalar dónde es que reside la barrera infranqueable a las substancias empleadas contra el treponema y sus efectos tóxicos en el caso particularísimo que tenemos en estudio. Es decir, tratemos de demostrar el por qué de la inutilidad de la terapéutica antisifilítica moderna en este caso, antes de que WAGNER VON JAUREGG modificara substancialmente el pronóstico de la parálisis general, con la introducción del nuevo procedimiento de terapia que lleva su nombre.

Esto nos obliga a avanzar algunas consideraciones acerca de *la naturaleza de la parálisis general*, para precisar sus relaciones con la sífilis, en especial con la sífilis nerviosa, y ver, dentro de su unidad etiológica, en qué elementos difiere de ésta, al punto de escapar por completo a la acción específica de la terapéutica actual.

El conocimiento preciso de la parálisis general como entidad nosológica, data de una centuria. Aislada como tal por BAYLE en 1822, la concepción unicista de este ilustre médico francés no había de ser reconocida sino muchos años más

tarde. Mal conocida su identidad clínica y considerada sólo "como una forma terminal de la locura", los dualistas opositores de BAYLE, cuyo más caracterizado vocero era BAILLARGER, distinguían dos formas: una, *la locura parálitica delirante*, complicada con trastornos físicos, y otra en la cual la *parálisis* se acompañaba solamente de un estado demencial, de un *debilitamiento intelectual*; distingos erróneos, toda vez que se trataba tan sólo de etapas diversas de un proceso morboso único; principio de unidad que había de ser definitivamente consagrado en 1858 por la Sociedad Médico-Psicológica de París.

FuÉ REQUIN quien propuso el término de *parálisis general*, al cual añadió el epíteto de *progresiva* en 1846. Su sintomatología y lesiones anatómicas se iban precisando paulatinamente, perpetuándose en esto los trabajos de FALRET y LASÉGUE y, posteriormente, CALMEIL, quien en 1859 reconoció la *periencefalitis difusa (parenquimatosa o central)* que esencialmente caracteriza a esta enfermedad (KRAEPELIN). Así, en los últimos años del siglo XX y primeros del actual se han ido precisando más cada vez los delicados problemas referentes a la etiología y patogenia de la parálisis general.

Ya hemos dicho de lo severo del pronóstico frente a los exiguos resultados del tratamiento. Las nociones actualmente admitidas respecto a la etiología, patogenia y sintomatología de la parálisis general, cuando se trata de condensarlas en pocas líneas, es tarea difícil que casi no nos atreveríamos a emprender si no nos alentara el propósito de ofrecer siquiera una modesta visión de conjunto que encierre *los elementos principales que más directamente se relacionan con la parálisis general y su tratamiento*. Séanos, por ello, permitido hacer de esta afección una exposición todo lo breve posible, inspirados en las interesantes descripciones de MAX NONNE, WILHELM GENNERICH, JELIFFE y WHITE, ROGUES DE FURSAC, DIDE y GUIRAUD, PACTET y BONHOMME, entre otros.

La *individualidad clínica* de la *parálisis general* está universalmente admitida, como lo está su *etiología*; es decir, su origen *esencialmente sífilítico*: "No hay sífilis, no hay parálisis general". He aquí el aforismo reconocido por todos y cimentado por numerosas investigaciones. No nos limitaremos, como lo han hecho KLIPPEL y otros, a considerar el problema tan sólo del lado de las manifestaciones clínicas más ostensibles o según su evolución, sin llegar a la raíz misma de la cuestión; es decir, al agente causa productora, a la etiología.

No es para nosotros la P. G. "un síndrome que resulta del modo de acción difuso y progresivo de *diversas causas tóxicas*" (KLIPPEL: sífilis, alcoholismo, tuberculosis, etc). Aceptemos la complicidad de *diversas causas predisponentes* de la eclosión, del estallido de las manifestaciones propias a la P. G., tales como las tareas constitucionales orgánicas heredadas, el alcoholismo, la tuberculosis, los traumatismos psíquicos y el desgaste originado por una vida de excesos; pero sólo reconocemos como causa *determinante única*, a la *sífilis*. Por eso la definiremos (inclinándonos en esto a los conceptos de DIDE y GUIRAUD) como una modalidad de sífilis encefálica que ataca a todos los elementos histológicos: células, vasos, meninges; provocando en el líquido céfalo-raquídeo—como expresión de la leptomeningitis—hiperalbuminosis, linfocitosis y una reacción de WASSERMANN que resiste al tratamiento antiluéptico clásico; *de evolución progresiva y casi siempre fatal*, por ser mucho menos influida por el tratamiento específico que las sífilis cerebrales únicamente arteriales o meníngeas; *psíquicamente* caracterizada por *disminución de la inteligencia y trastornos del juicio*, que generan un estado demencial, con euforia frecuente, delirio de grandezas, *disartria*, desigualdad y rigidez pupilar; signo de ARGILL-ROBERTSON y otros síntomas neurológicos de los que nos ocuparemos después.

Los antecedentes sífilíticos figuran en un elevado porcentaje en los paralíticos generales, alcanzando, según RÉGIS, el 80%, y ante más prolijas investigaciones, el 100% (JENSEN y RAYMOND), como lo confirma la reacción WASSERMANN, especialmente en el líquido céfalo-raquídeo, en el cual es un signo, si bien no tan precoz como la hiperlinfocitosis, en cambio sí tan constante como aquella, 100% según SICARD.

Desde 1913, NOGUCHI y otros investigadores pretenden haber demostrado la presencia del treponema en cerebros frescos de paralíticos generales, vivos y móviles o coloreados con tinta china o por impregnación argéntica según el método de FONTANA-TRIBONDEAU (NOGUCHI, FORSTER, TOMASCZEWSKI, MARIE y LEVADITI). Sin embargo de estas demostraciones, la evidencia de estos hechos está lejos de poder probarse de manera irrefutable, y es por demás probable que los hallazgos a que se hace mención pertenezcan a casos de sífilis cerebral y no a paralíticos generales o, por lo menos, a presencia accidental y secundaria del parásito en las no raras formas de asociación que suelen presentarse, como opina MARCHAND y

como lo comprueban la presencia del treponema verificada por NOGUCHI en cerebros de sujetos no paralíticos.

Refrámonos ahora al debatido asunto *de la unidad o dualismo del treponema*, aceptado como está que es el treponema el causante originario de la P. G. Reconociendo que la teoría dualista es defendida por argumentaciones muy sugestivas, no nos inclinamos, sin embargo, resueltamente a su favor; en primer lugar, porque no creemos prudente ser tan absolutos en asuntos tan controvertidos como éste. Aun cuando en otras especies patógenas existan dos o más variedades, como ocurre, por ejemplo, con el neumococo, hecho que nada de antinatural tiene ni es contrario a la biología espirilar, no creemos que se andos variedades de treponemas perfectamente individualizados los que generen dentro de lineamientos de infectividad y evolución análogos, cuadros clínicos finales tan desemejantes en sus manifestaciones, en su localización anatómica y en la gravedad de su evolución progresiva.

Menos forzado, más natural, nos parece suponer que dentro de ciertas condiciones de constitución y particular receptividad del sujeto infectado, "la especie única treponema-pallidum se neurotropiza" adaptando, en virtud de la influencia del medio particular en que se desarrolla, características nuevas pero transmisorias y fugaces, que son las que han hecho pensar a los dualistas en la existencia de una variedad nueva; conclusión un tanto arriesgada, toda vez que modificadas las condiciones constitucionales del sujeto infectado, el neurotropismo desaparece y la supuesta nueva variedad torna a reproducir el cuadro clínico clásico propio del treponema, con sus manifestaciones cutáneas y mucosas conocidas.

Aunque sabemos, por los recientes estudios de METTLER, *que de cada cien sífilíticos, sólo dos se hacen paralíticos generales*, surge entonces el por qué éstos contraen la enfermedad y en el 98% restante sólo se desarrollan lesiones cutáneas y mucosas. Sin olvidar las variadas causas predisponentes aludidas ya—idionsieracia, constitución, alcoholismo, surmenages—, los dualistas admiten, con MARIE y LEVADITI, la existencia de dos razas de treponemas: una dermatropa responsable de las manifestaciones externas, cutáneas y mucosas, y otra neurotrópa, "que después del chancro evoluciona insidiosamente sin manifestaciones clínicas ostensibles, para determinar más tarde (dos, cuatro o diez años después), una tabes o una parálisis general". Así parece demostrarlo bien el hecho frecuente de individuos contaminados en el mismo origen que

desarrollan más tarde una P. G. o una tabes. Recordaremos el caso de dos estudiantes infectados por la misma amante, que resultaron ambos P. G.; el de dos niños contaminados por la misma nodriza que presentan, años después, una parálisis general infantil, y el igualmente demostrativo de siete vidrieros sífilizados por el mismo tubo, cinco de los cuales acababan tabéticos o paralíticos diez años más tarde. Esto parecería demostrar que una misma variedad de treponema, la neurotrópa, cuando infecta a varios sujetos que han acudido a una misma fuente de contagio, desarrolla, en todos ellos o en la mayoría, cuadros clínicos análogos de sífilis nerviosa, P. G. o tabes; y si alguno escapa a tan sombrío fin, como en el caso de los dos vidrieros no paralíticos, es seguramente por no haberse constelado en ellos ese conjunto de causas secundarias, predisponentes *pero indispensables* para el desarrollo completo de la enfermedad que nos ocupa.

Insistimos sobre esto porque, aun aceptando la existencia de una variedad neurotrópa—nosotros creemos más bien que se trata de *una simple mutación transitoria de un germen único*—y que sólo ella sea capaz de generar una sífilis nerviosa, no creemos, en cambio, que para que esta eventualidad se realice sea *suficiente* la contaminación del sujeto por esta variedad de virus. Si esto fuera así, el porcentaje de paralíticos generales sería inmensamente mayor. Por suerte, *a más de esta condición, es indispensable la coexistencia de otros factores ya mencionados*, que debilitando por mecanismos diversos el organismo, originan una especial receptividad del sistema nervioso, que queda de este modo sensibilizado para dejarse invadir más tarde por el virus y ser impregnado por sus toxinas específicos.

Volviendo a la cuestión de la dualidad, se aduciría, además, que los caracteres biológicos de ambas variedades son diferentes, siendo el período de incubación en las inoculaciones realizadas en el conejo con el virus neurotrópo, considerablemente más largo (80 a 100 días en vez de 25 a 40), inoculación que resulta patógena para el mono, como ocurre con la variedad dermatópa.

Los trabajos realizados al respecto por DANILEWSKI y BAUM, MARIE y LEVADITI, vienen en cierto modo a reforzar la teoría del virus neurotrópo, a los que se añadirían las constataciones de NOGUCHI y LAFORA, quienes han logrado aislar hasta tres supuestas variedades de espiroquetos por medio de inoculación a conejos, de fragmentos de cerebro de parali-

ticos muertos en ictus. Los autores mencionados constatan también la más larga incubación de este virus—hasta 127 días—, indicando que se localiza en los estratos epiteliales, sin atacar los vasos; es de evolución lenta, se inactiva por pases sucesivos y no confiere inmunidad respecto al virus dermatotropo; hecho este último que, tenemos que reconocerlo, en modo alguno prueba, como pretende SICARD al rebatir la teoría dualista buscando un paralelismo inadecuado, la identidad de ambas variedades; argumentación fútil, toda vez que del hecho de que una enfermedad no confiera inmunidad respecto a otra—el sarampión y la viruela, pongamos por caso—, en modo alguno estamos autorizados para deducir de allí la identidad de los virus filtrantes que originan ambas enfermedades.

No entraremos a examinar las largas y oscuras disquisiciones surgidas en torno a la pretendida independencia biológica del virus de TRUFFI, del Laboratorio «Speyer»; el de KOLLE, del laboratorio de Francfort, que no producen lesiones nerviosas, y sus diferencias con el virus MÜLZER, de Munich, que sí las producen. Nos ratificamos en lo expuesto acerca de las importantes diferencias biológicas de las dos variedades de virus generalmente admitidas, corroborado esto por los interesantes trabajos de PLAUT y MÜLZER.

Para concluir con esto, diremos que, para nosotros, *la duplicidad de gérmenes no es más que una hipótesis*. Aún no se ha aportado la prueba crucial. Las experiencias fundamentales de LEVADITI y sus seguidores, que la apoyan, si es verdad que son muy sugestivas, *hay que recordar que sólo tienen lugar en animales muy alejados del hombre, conejos, menos inferiores*. Así como hay hechos clínicos a favor de la hipótesis del virus neurotrópo, como son los antes citados, en los últimos tiempos se ha constatado algunos casos en que varias personas infectadas en la misma fuente han tenido manifestaciones sífilíticas; unos en el sistema nervioso, otros fuera de él. Se ha observado, asimismo, el hecho de que varias personas de la misma familia, habiendo sido infectadas por distintos individuos y en tiempos diferentes, han desarrollado todos parálisis general o tabes. Por consiguiente, es también sostenible la hipótesis clásica, y "no referir los procesos terciarios a variaciones de los espiroquetas, sino esencialmente a variaciones de los tejidos y de su manera de reacción en lo que tiene ésta de específicamente modificable" (Dr. Karl SCHINDLER: *Die Konstitution als Faktor in der*

Pathologie und Therapie der Syphilis; Berlín, 1925; p. 47-48). La *constitución individual*, que es, sin duda, el factor más importante en la determinación de la manera de reaccionar los tejidos, comienza a ser estudiada en la patogenia de la parálisis general, y se piensa seriamente en la *inferioridad congénita del cerebro* como factor capital en la evolución de la sífilis en cada organismo. Las experiencias de STUEHMER con la nagana de los conejos confirma la importancia del factor endógeno. Somete a los conejos que manifiestan signos evidentes de la nagana, a un tratamiento con Neosalvarsán, a dosis muy inferiores a las esterilizantes, y después de diez días, cuando los animales están aparentemente curados, los sacrifica. Una vez desangrados, prepara, separadamente, con solución fisiológica, extractos de encéfalo y médula y de otros órganos (bazo, médula ósea, hígado), y los inocula intraperitonealmente a diferentes ratas. Las ratas inoculadas con el extracto de los órganos, mueren a los cuatro o seis días; las inoculadas con el extracto del sistema nervioso no mueren, y en ellas la infección tiene un período de incubación en la sangre, de varios meses. Haciendo inoculación con sangre de estas ratas a otras sanas, se ve que el tripanosoma se conserva avirulento. Usando de esta misma cepa atenuada para inocularla nuevamente al conejo, se constata el hecho sorprendente de que no se presentan síntomas aparentes de enfermedad y que el extracto de los órganos no producirá infección en la rata, mas sí el extracto del sistema nervioso; esto quiere decir que se ha formado una cepa de tripanosomas con dos cualidades: *débil virulencia y neurotropismo*. STUEHMER recuerda, a este propósito, que las "luces ligeras" producen con relativa frecuencia la parálisis general, y cree sostenible el concepto de una *neurotropía adquirida* por el treponema. La falta de reacciones defensivas de parte de los órganos permitiría prosperar a los gérmenes localizados en el sistema nervioso, produciendo la tabes o la parálisis. Por otra parte, en los casos de reacción inmunizatoria activa y reiterada del lado de los órganos, esta defendería al sistema nervioso, impidiendo la evolución deletérea de la infección relativamente autónoma del sistema nervioso, que permanece de ordinario, varios años, en condición de latencia. En el primer caso se trata de las sífilis ligeras, más o menos silenciosas; en el segundo, de las graves, con múltiples recidivas clínicas (STUEHMER: *Schweizer archiv für Neurologie und Psychiatrie*; 1921; XVI, 1; p. 163-165. Discusión de las co-

municaciones de BINSWANGER y SPIELMEYER sobre patología, patogénesis y anatomía patológica de la parálisis general, en la Sociedad Suiza de Psiquiatría, 15 de noviembre, 1924).

Entre las principales *condiciones etiológicas* mencionaremos, en primer lugar, *el sexo*, factor que, sin embargo, difiere según la capa social que se considere. En las clases elevadas REGIS ha encontrado trece parálíticos hombres por cada mujer afecta de igual dolencia, desproporción que tiende a equilibrarse en las clases obreras: tres hombres parálíticos por cada mujer; tal proporción parece también variar con el tiempo. Según KRAEPELIN, antes era de 1 mujer por cada 5 hombres y ahora sería de 1 a 3 solamente. La predisposición de sexo masculino varía según las razas y los climas: parece que entre nosotros más marcada que en otros países. Por lo que respecta a la población de nuestro Asilo Colonia, la casi totalidad de los casos de P. G. comprobados pertenece a los servicios de varones, alcanzando un porcentaje de 98% con relación al número de mujeres parálíticas. Esta desproporción se explica claramente no por una mayor o menor afinidad sexual, sino por las especiales condiciones de desgaste a que el hombre, con mayor intensidad y frecuencia que la mujer, se ve expuesto por el trabajo rudo, las intensas labores intelectuales y los enervantes atractivos de la vida moderna.

Por haberme ocupado ya de otros factores etiológicos "determinantes", no insistiré sobre ellos; indicando solamente el rol que la *herencia*, por los antecedentes vesánicos que ella puede aportar (psicosis intermitentes, delirios sistematizados en los ascendientes, alcoholismo o lues de los padres), juega en el desarrollo de la P. G. Esto, en cierto modo, se relaciona y nos recuerda el concepto incompleto o defectuoso de BOLTON, quien, en un trabajo titulado "El cerebro en la salud y en la enfermedad" ("The brain in health and disease"; London, 1914), pretende explicar la etiología de la P. G. "como una inferioridad constitucional de la corteza cerebral"; concepto análogo al de la "inferioridad orgánica" de ADLER ("Studie über Ninderwertig Keit von Organen").

Este modo de considerar el problema, adolece, a nuestro juicio, de defecto básico si toma una de las causas predisponentes como una causa etiológica fundamental, y es por eso que creemos que en defecto análogo incurren MC INTOSH y

FILDES, quienes, para explicar la etiología de la P. G., se apoyan, con demasiado exclusivismo, en las magistrales concepciones de VON PIRQUET sobre las "alergia". No negamos, empero, la influencia de ciertos factores de predisposición de orden constitucional, como el "habitus artrítico" (MEGGENDORFER, BONER), el tonus muscular habitualmente elevado (KIRSCHL, MARBURG), etc.

Vamos, ahora, a ocuparnos de las *principales formas clínicas de la P. G.*, y de los diversos períodos que en cada uno de ellos podemos considerar.

En la *paralisis general*, a los síntomas *físicos* están siempre asociados síntomas *mentales*, más o menos ostensibles, que con frecuencia constituyen solos la manifestación mórbida inicial. Siguiendo un orden cronológico en la exposición de las diversas etapas de la enfermedad, hay que considerar en ella *un período premonitorio*, *un período de comienzo*, *un período de estado* y *un período terminal*; lo cual importa precisar cuando se quiere investigar en qué fase de la enfermedad se encuentra un caso dado, *para determinar el pronóstico*, tratando, ante todo, de realizar un diagnóstico precoz. Más adelante veremos el valor considerable que en esto tiene el estudio de las reveladoras modificaciones que experimenta el líquido céfalo-raquídeo desde el comienzo mismo de la afección.

Período premonitorio.—Desarrollándose sorda e insidiosamente las lesiones encefálicas de la P. G., cuando los síntomas característicos hacen su aparición, ya el proceso de desorganización causado por aquellas se halla siempre avanzado. Lo que primero se manifiesta, es *la disminución de la actividad intelectual*, sin causa aparente que la motive. Esta depresión mental produce un estado particular de abatimiento y de tristeza, que no tarda en repercutir sobre el estado general del enfermo. La cara se pone pálida y hay flacidez en las facciones y vaguedad en la expresión por hipotonía muscular. Poco después se observa signos que son expresión directa de la sífilis encefálica; parálisis oculares parcelarias y fugaces que provocan ptosis, estrabismo o diplopia; ictus apoplejiformes o epileptiformes, con frecuencia seguidos de hemiplejía o afasia transitorias; a todo lo cual se añaden manifestaciones dolorosas diversas: cefaleas, neuralgias, cri-

sis gástricas, jaquecas oftálmicas y dolores fulgurantes análogos a los tabéticos, así como manifestaciones de disminución de la sensibilidad profunda, principalmente testicular y laríngea. Es entonces que ha llegado el momento de recoger el mayor acopio posible de datos, en investigar prolijamente los antecedentes específicos, el estado de los reflejos pupilares (signo de ARGYLL-ROBERTSON), practicar el examen químico y citológico y la reacción de WASSERMANN del líquido céfalo-raquídeo.

Período de comienzo.—Sea o no ostensible el período prodrómico, la P. G. comienza en una de estas tres formas: por un “período de excitación eufórica”, por un síndrome de apariencia “neurasténica” o por un “debilitamiento intelectual progresivo con inercia”.

En la primera de estas formas, “el enfermo tiene la impresión de haber experimentado una transformación dichosa y siente una alegría de vivir intensa, con sensación de aumento de su valor físico e intelectual”. Se observa en este estado, análogo en parte a la excitación maníaca, una sucesión rápida y desordenada de ideas, que se traduce por locuacidad mal dirigida, acompañada de hiperactividad física, con humor alegre y altruista, pero frecuentemente con una tendencia manifiesta a la irritabilidad. Generoso para con los suyos y para consigo mismo, buscando siempre “lo mejor y lo más caro”, se muestra profesionalmente lleno de entusiasmo y esperanzas, realizando proyectos y empresas exageradas, que demuestran el progresivo decaimiento del juicio y el déficit mental que se acentúa, como lo demuestran también los actos antisociales y las extravagancias a que lo arrastra la hiperestesia sexual incontrolada. Hay, además, debilitamiento profundo de la memoria y de la crítica, cartas sin sello, sobres sin dirección, errores de cálculos no habituales, falsificaciones groseras, falta de continuidad en el esfuerzo, negligencia e inatención respecto a elementos esenciales de la práctica social.

En la *forma neurasténica*, el enfermo se queja al principio de trastornos cenéstesicos, sufriendo neuralgias pasajeras en diversas regiones del cuerpo, con impresión de fatiga general y debilidad muscular. “A semejanza de los hipocondríacos”, dan imaginarias descripciones de sus algias: estiramientos, quemaduras, pinchazos; el cerebro está vacío, la sangre podrida. “El paralítico general en la forma neurasténica, tiene a impresión de que su pensamiento se retarda, se hace va.

go y penoso; *pierde toda iniciativa*, con mengua de sus negocios, realizando el trabajo por mera rutina; tras de períodos de ansiedad, hay crisis de enervamiento e irritabilidad. Estas alternativas se intercalan a veces con períodos de euforia y optimismo, en los que el enfermo olvida su misantropía y “se siente nuevo”. Como en la forma anterior, hay *profundas alteraciones de la memoria y del juicio*.

Finalmente, en las formas cuyo comienzo se manifiesta principalmente *por un debilitamiento intelectual progresivo*, la enfermedad—cuya iniciación pasa desapercibida a la familia por lo lento e insidioso de su evolución—se caracteriza por la *indiferencia y docilidad*, el laconismo y la *grande apatía* en que cae el sujeto.

Estas son las modalidades principales con que la enfermedad se inicia, dentro de las cuales caen la treintena de enfermos cuyo estudio motiva este trabajo.

La parálisis general, cuando ha llegado el *período de estado* se caracteriza por una *demencia progresiva y global*. Recordaremos, sin embargo, la constatación de un curioso caso de “demencia paralítica sin demencia” de que nos hablara el Dr. H. VALDIZÁN, en la “Revista de Psiquiatría”, en el número correspondiente a enero de 1924, y al que volveremos a hacer mención más adelante. A más de este signo esencial, hay un buen número de síntomas contingentes y accesorios. El síntoma fundamental es el *debilitamiento del juicio*, el que ya se insinúa en el período de comienzo. Como elemento saltante figura la imposibilidad por parte del enfermo de poder agrupar en una sola operación psíquica elementos diversos, cuyas relaciones recíprocas es incapaz de establecer. Extraemos de las obras consultadas algunos ejemplos: un enfermo de MAGNAN y SÉRIEUX se encierra en un cuarto con la intención de suicidarse, utilizando un bracero de carbón encendido, y a poco abre las ventanas para no ensuciar el piso ni ser molestado por el humo; otro, citado por LAIGNEL-LAVASTINE, roba a un tabernero un tonel de vino y ruega a un agente de policía le ayude a transportarlo a su casa; mientras un paralítico de KRAEPELIN salta por la ventana de un segundo piso para recoger una colilla de cigarro que un transeunte arroja en la calle al pasar.

Además, incapacitado el enfermo para responder a las

más sencillas preguntas, "dificultada" *a veces en extremo la palabra e ilegible su escritura*, por lo tembloroso e incierto de sus rasgos; *inconsciente* "de su enfermedad", se muestra satisfecho de sí mismo, explicando que si escribe mal, ello se debe a la pésima calidad de la pluma, y que si no puede pronunciar algunas palabras no es por ningún defecto "sino porque la lengua se le ha atravesado". Ejemplos análogos hemos podido comprobar personalmente durante las demostraciones prácticas ofrecidas por el Dr. H. VALDIZÁN en sus interesantes lecciones de Psiquiatría. Alteraciones parecidas sufren los otros elementos del juicio: autoocrítica, atención y raciocinio.

En cuanto a la *memoria*, la *amnesia* es "precoz" y envuelve por igual hechos recientes y antiguos, sufriendo aún los recuerdos puramente automáticos; hay tendencia a la *fabulación*—actitud defensiva para disimular las fallas amnésicas—y, como consecuencia de éstas, una rápida desorientación crono y alopsíquica.

La *asociación de ideas* se hace lenta, superficial; la *asociación automática retrógrada* es trastornada desde el principio, por lo que es casi siempre imposible a un paralítico general, decir los meses del año al revés. El poder imaginativo es pobre, salvo en algunas formas delirantes. Es igualmente deficiente, como queda dicho, la comprensión del lenguaje hablado o escrito, lo que se traduce por el síntoma de las *respuestas aproximativas*. Como consecuencia de la debilidad del juicio, hay alteraciones de la "afectividad": *glotonería*, *excitación sexual*, *cleptomanía*. El humor es de gran inestabilidad, con alteraciones bruscas de irritabilidad y euforia, y frecuentes crisis de *sensiblería inmotivada*.

Cuando la enfermedad entra en el período de estado, puede afectar dos formas principales: Una, caracterizada por *euforia* y "delirio de grandezas", la forma tradicional la más frecuente, cuyo rasgo saltante es el estado de satisfacción optimista, exteriorizada por ideas delirantes de gran riqueza imaginativa; el enfermo se siente feliz, lujosamente instalado, dueño de una gran fuerza física y poseedor de fortunas fantásticas; todo lo cual muestra cuan profundamente imprime la demencia su huella al delirio, introduciendo en él elementos absurdos, contradictorios e incoherentes. La otra forma se caracteriza por la "depresión" y el "delirio hipocondríaco"; corresponde a un 15 % de los casos y comprende a enfermos apáticos y tristes, con un gran retardo en los procesos intelectuales, y cuyo delirio está integrado por ideas de culpabi-

lidad, de condenación; diferenciándose de los melancólicos verdaderos en que las ideas hipocondríacas y de negación dominan el cuadro y son en la P. G. de carácter absurdo; y a semejanza del síndrome de COTARD, "los enfermos se quejan de tener los órganos obstruidos, podridos, llenos de gusanos, por lo cual no pueden comer ni acudir al reservado; no tienen dientes, ni garganta, ni estómago, creyéndose muertos y sintiéndose molestos por la putrefacción de su propio cadáver". Transitoriamente pueden intercalarse ideas de grandeza. Se presentan, además, delirios pseudosistemizados, delirios oníricos, alucinaciones e ilusiones auditivas y visuales.

En cuanto a los *signos físicos* que acompañan a los trastornos mentales mencionados y que son comunes a ambas formas, comprenden *trastornos motores* y *trastornos sensitivos*. En los primeros, "el funcionamiento de todos los músculos es defectuoso, como si el influjo nervioso hubiese perdido su regularidad continua, su distribución específica, y aun su fuerza", a consecuencia de lo cual resulta el *temblor* y las "sacudidas, los movimientos inútiles asociados y la paresia". El temblor, que es un signo muy precoz y constante, comprende el temblor fibrilar (tremulación rápida de pequeñas porciones de músculos como los de la cara y lengua, más visible al iniciar el movimiento), y el temblor en masa (que abarca todo un grupo muscular, lengua o dedos). Las "sacudidas" (inestabilidad) son contracciones bruscas y rápidas, desordenadas, como producidas por una descarga eléctrica. La paresia es la incapacidad motriz de un grupo muscular. En los movimientos de la lengua pueden presentarse asociados estos tres elementos. En los P. G. se observa, igualmente, dificultad de reproducción y de coordinación de los movimientos, de la eupraxia. De allí que el enfermo al tratar de pronunciar una palabra difícil, contrae todos los músculos de la cara, y al ordenársele que abra los ojos, abre los ojos y la boca a la vez. Por el diánómetro es posible constatar la irregularidad de la intensidad de las contracciones musculares, la "tendencia a la fatiga" y, finalmente, la "paresia", aun cuando este es un síntoma, por lo general, tardío. Asimismo, mediante el empleo de palabras particularmente difíciles, palabras de prueba, se pone en evidencia "la dificultad de la palabra", que es uno de los síntomas parésicos más importantes de los P. G.; por ello se observa titubeo, esfuerzo antes de la emisión de las palabras, que son pronunciadas desigualmente: algunas sílabas, con brusquedad, otras apenas perceptibles y de-

formadas las palabras por inversión de sílabas o repetición de las mismas, choque silábico y elisión. Conviene no confundir la dificultad de vocalización de un alcohólico crónico, de emisión pastosa, rodando las sílabas, con la que es propia a los paralíticos generales. La *escritura* suministra datos igualmente demostrativos de las graves alteraciones motrices: rasgos inútiles, rasgos desmesurados (sacudidas atáxicas), líneas de pequeñas ondulaciones y manchas de tinta, expresión del temblor fibrilar y de las sacudidas; todo el conjunto, en suma, que corresponde a los trastornos psicográficos de JOFFROY. La *marcha*, principalmente, en el período de estado, es lenta, pesada, rígida, trémula. Se observa, además, *trastornos motores accesorios*, tales como repetición automática de ciertos movimientos, espasmos, contracturas o alteraciones de la equilibración, con caída al suelo al tratar de ejecutar movimientos más o menos rápidos.

En cuanto a los *trastornos sensitivos*, pueden ellos ser consecuencia del debilitamiento mental o de lesiones en el trayecto de las vías sensitivas; observándose territorios cutáneos en los que la sensibilidad está disminuída, embotada o totalmente abolida, pudiendo también observarse desaparición, más o menos completa, del gusto y del olfato.

Los *reflejos* sufren importantes modificaciones; la abolición de los reflejos rotulianos o aquíleos traducen una forma tabo-parética, en tanto que la disminución del plantar, cremastéreo o faríngeo, traducirían, según CROCO, lesiones de la corteza cuya integridad es indispensable para la producción de aquellos; mientras que los reflejos genitales, que al principio se exageran, quedan abolidos casi en el período terminal.

De grande importancia es la determinación de la intensidad de los *reflejos oculares*; siendo la regla la desigualdad pupilar en formas combinadas de miosis con midriasis, y la irregularidad del contorno pupilar. No estando, por lo general, perturbada la acomodación, y sí el poder de reacción a la acción de la luz, se tiene, así, como elemento frecuente la presencia del signo de ARGYLL ROBERTSON. En veces se observa la rigidez pupilar.

Mencionaremos, finalmente, entre los *trastornos tróficos y viscerales*, la caída de las uñas, onixitis diversas, mal perforante plantar, artropatías, fracturas espontáneas y, frecuentemente, formación de ostematomas; trastornos del aparato digestivo y del vascular: debilidad, irregularidad y rapidez del pulso, especialmente en la caquexia terminal. La

aortitis, de origen sífilítico es muy frecuente, así como las congestiones pasivas o vasoparalíticas de todos los órganos, estudiadas por KLIPPEL, afectándose el hígado de modo especial.

En el llamado "período terminal", el decaimiento físico y mental se acentúa, siendo la incontinenencia un signo de mal pronóstico; el enfermo enflaquece, las masas musculares se atrofian, imposibilitando la marcha; la deglución se hace difícil, lo que contribuye a la emaciación del enfermo, los ojos se excavan y el tinte se hace terroso; viene la incontinenencia, se producen escaras múltiples, y en el completo anulamiento de sus funciones mentales, con una sonrisa estúpida y estereotipada, destello último de las pasadas ideas de grandeza, se apaga la vida miserable del P. G.

Con frecuencia, sin embargo, interviene una complicación cualquiera que arrebatara al enfermo, librándole del triste fin natural. La complicación más frecuente son los ictus, que pueden ser apoplejiformes o epileptiformes; más frecuentes estos últimos. Son provocados por brotes congestivos agudos, y son tan frecuentes, que, según ARNAUD, la muerte por ictus es el modo natural de terminación de la parálisis general.

Tales son, a grandes rasgos, las etapas de la enfermedad y las diversas formas que ella afecta. Si sólo hemos considerado dos formas principales, *la forma eufórica y la forma melancólica*, es porque creemos que en ellas pueden involucrarse las clasificaciones más extensas que algunos autores ofrecen, teniendo en consideración la frecuencia de formas asociadas o el paso de una forma a otra en el curso de la enfermedad. Por esta razón y en el propósito de no extendernos mucho en este punto no hemos entrado a detallar las características principales de la forma expansiva, de la forma demencial, de la forma agitada, de la forma melancólica y de la forma medular, tabética o espástica.

Ahora, bien; el curso progresivo, a veces galopante, que caracteriza a esta meningo-encefalitis, que en ocasiones experimenta pasajeras remisiones, lleva al enfermo, irrefragablemente, a la muerte, y, de consiguiente, el "pronóstico de esta enfermedad era", hasta hace poco, y así lo declaran todos los autores modernos, *necesaria e inevitablemente fatal*.

Citemos, ahora, al concluir con esta ligera descripción de las modalidades principales que ofrece esta enfermedad, lo que en los párrafos dedicados al "al pronóstico y al tratamiento de la P. G.," dicen los principales autores que sobre tan importante tópico han escrito en estos últimos años. Y veremos,

entonces, cómo el pesimismo concluyente y unánime que de ahí se desprende, es el más grande elogio que se puede hacer a este nuevo método de terapia antiparalítica y a su ilustre autor, el profesor WAGNER VON JAUREGG, y cuyos incontestables resultados honran a quienes, como el doctor Honorio DELGADO, lo han difundido en este Continente, destruyendo escepticismos arraigados y conceptos erróneos, que, con justicia, eran antes respetables.

Citaremos en primer lugar la opinión de dos grandes clínicos, cuya experiencia es universalmente reconocida, que representan el modo de pensar clásico en esta materia: nos referimos a KRAFFT-EBING y a HOCHÉ. El primero declara haber seguido el curso de la parálisis general en 2500 casos, sin que constatará "uno solo de curación". HOCHÉ, por su parte, en 1912, decía, resumiendo su experiencia de 20 años en materia de P. G., que "nunca había visto un solo caso curado"!

Veamos lo que en sus interesantes conferencias clínicas decía, hace pocos años, el profesor KRAEPELIN, de la Universidad de Munich, refiriéndose a varios casos de demencia paralítica: "Según nuestra experiencia, *la parálisis general* "produce la muerte en pocos años". Prolónganse, en ocasiones, ocho o diez, y aun más; pero en la gran mayoría de los casos sobreviene la muerte a los cuatro o cinco años, y, con frecuencia, aun más pronto: esto hace ver la gran importancia de un diagnóstico oportuno. Una vez establecido esto, podemos llegar al pronóstico de cada caso, fundándonos en el modo de su evolución clínica. De nuestro enfermo (refiriéndose a un caso que estaba explicando), podemos decir que su final no está muy lejos (como, en efecto, ocurrió a los cuatro años de haberse iniciado los fenómenos paralíticos)". Vemos aquí, claramente, la absoluta impotencia de los recursos terapéuticos de que se disponía, aun en Alemania, antes de WAGNER JAUREGG, como lo prueba la resignación con que un profesor de la talla de KRAEPELIN predice, cruzado de brazos, que el final de su enfermo—que sólo había de morir tres años más tarde—no estaba muy lejano"... No son más optimistas los conceptos emitidos en obras didácticas más recientes. Escuchemos lo que dicen, al ocuparse del tratamiento de la P. G., los médicos del Asilo de Braqueville, P. GUIRAUD y M. DIDE: "Prácticamente, a pesar de la posibilidad de las remisiones, el "enfermo debe ser considerado como incurable". Y, más adelante, añaden, refiriéndose al advenimiento de los arsenobenzoles, en

oposición a procedimientos terapéuticos más antiguos: "Hasta estos últimos tiempos había acuerdo para admitir que no existía tratamiento de la P. G. y que la actividad del médico quedaba limitada a paliativos y a cuidados higiénicos. Se ha preconizado (actualmente) el yoduro de sodio o de potasio a dosis pequeñas diarias (0.50 gr.). El nucleínato de sodio y la tuberculina no han dado resultados que animen a continuarlos. El reposo, la hidroterapia higiénica, la vigilancia de la alimentación; contra la agitación, el baño tibio prolongado, los bromuros, el cloral, etc.; en los ictus congestivos, el hielo en la cabeza, enemas purgantes, punciones lumbares". Recomiendan, juiciosamente, que no debe emplearse el mercurio ni en inyecciones intramusculares ni intrarraquídeas, y preconizan el empleo de los arsenobenzoles por vía intrarraquídea, a semejanza del procedimiento empleado antes en Norte América, a dosis mínimas, así como el suero salvarsanizado (cuya técnica es excesivamente delicada y los resultados casi nulos); empleando también el novarsénico a pequeñas dosis cotidianas, porque, según SICARD, "a una enfermedad crónica debe corresponder un tratamiento igualmente crónico".

Y terminan reconociendo los inconvenientes de su empleo por los frecuentes accidentes (a parte de su ineficacia contra el síndrome demencial) a que suelen dar lugar, entre los cuales mencionan las reacciones eritematosas, la abolición del reflejo aquiliano, la pequeña azoemia y la ictericia novarsenical por insuficiencia hepática. Ni una palabra respecto al método W. J. Y lógicamente, concluyen, diciendo: "Prácticamente", el "pronóstico de la parálisis general es fatal".

El médico Jefe de los Asilos del Sena, ROGUES DE FURSAC, nos dice: "La certeza de la naturaleza sífilítica de la parálisis general ha conducido a ensayos terapéuticos apropiados. Estos ensayos sólo han dado lugar, hasta aquí, "a decepciones, sin exceptuar el tratamiento por el salvarsán y sus derivados". Y concluye: "El tratamiento de la parálisis general" "sólo puede ser sintomático".

No pretendo, sin embargo, sostener que en el fondo estos conceptos y los que aún voy a citar, sean substancialmente erróneos. No eran en, realidad, sino la consecuencia lógica de la ignorancia o del escepticismo despectivo ante la acción curativa de diversos agentes termogenéticos. Desconocidos o voluntariamente ignorados éstos, frente a la inacción de los arsenicales, por diversas razones ya sugeridas y entre ellas por

impermeabilidad de las capas superficiales de la corteza o falta de difusibilidad de los medicamentos, el tratamiento tenía, en realidad, que ser puramente sintomático, y el pronóstico, en consecuencia, fatal. De allí que las remisiones espontáneas observadas en el largo curso de la enfermedad y tan bien estudiadas por BALL, BAILLARGER, KRAEPELIN y RÉGIS, no fueran consideradas sino como simples episodios transitorios, mejorías fugaces, engañosas, que si devolvían por breve tiempo el enfermo al seno del hogar y de la sociedad, no era sino para añadir un dolor más al enfermo y a los suyos ante la necesidad de una nueva internación. Porque todos los autores están de acuerdo en que la higidez mental de los paralíticos generales en período de remisión, dista bastante de ser perfecta; siempre queda algún síntoma que revela la persistencia del mal, por insignificante que este síntoma sea: alteración de la palabra, anisocoria y algún desorden motor, a parte de observarse que la inteligencia no ha recobrado su vigor anterior y que persiste en cierto modo el cambio de carácter; sin mencionar la persistencia de las importantes modificaciones que la enfermedad imprime al líquido céfalo-raquídeo: el enfermo no está curado; se trata sólo de una simple tregua, generalmente muy breve, de un aletargamiento de los síntomas físicos y psíquicos.

De consiguiente, frente a estos hechos (y séanos permitido hacer algunas consideraciones médico-legales que ellos nos sugieren) y a los graves problemas que puedan derivarse, el enfermo—me refiero al no tratado por el procedimiento que motiva este trabajo—, durante sus remisiones, por duraderas que ellas fueran, al igual que durante los períodos álgidos de su enfermedad, resultaba “legalmente irresponsable” de sus actos; no podía caer bajo la sanción de la ley al perpetrar actos antisociales o delictuosos, ni tampoco podía tener personería jurídica. Escuchemos lo que dice CULLERRE al referirse a esto: “Bajo el punto de vista médico-legal, el conocimiento de estas circunstancias es de la más alta importancia, pues los individuos que están en semejante situación mental deben ser considerados como incapaces de administrar sus intereses y los de su familia”. LACASSAGNE, refiriéndose a la creciente frecuencia de las enfermedades mentales, que, según las estadísticas de TAMBURINI, han quintuplicado en los últimos cuarenta años en Europa y Norte América, y con ella la delincuencia y la criminalidad, que es su consecuencia necesaria, di-

ce con relación a los paralíticos generales: "Los crímenes son relativamente raros en el curso de la parálisis general; las faltas, por el contrario, son excesivamente frecuentes y tienen lugar al fin del primer período, en el momento en que aparece la debilitación demencial. Es el período médico-legal de la enfermedad. Estos enfermos son detenidos por faltas contra la honestidad, por exhibicionismo, robos, pequeñas estafas, abusos de confianza, hurtos, en condiciones raras y extraordinarias".

Los paralíticos generales se encuentran frecuentemente en las cárceles porque en su principio el carácter mórbido de sus actos y de su persona no es siempre evidente. El diagnóstico psiquiátrico puede ser dudoso y es necesario algunas veces prolongar la observación para poder llegar a una conclusión positiva. Todo lo cual, tácitamente, implica la irresponsabilidad de los actos del paralítico general, aun en aquellos períodos de la enfermedad en los que los síntomas mentales y físicos están "atenuados o encubiertos", como ocurre durante las "remisiones". Y si se encarcela a un enfermo de estos por algún acto delictuoso, es simplemente por error diagnóstico; por no haber sabido despistar una enfermedad que está recién en sus comienzos. Pero ese mismo sujeto preso será declarado irresponsable y puesto en libertad relativa o recluso en un asilo, tan pronto la defensa exija un peritaje médico-legal y éste descubra el estado demencial del delincuente.

En esto están de acuerdo los más elevados exponentes de la legislación moderna, y así lo consignan los códigos de todas las naciones civilizadas. Por lo que respecta a nosotros, nuestro moderno Código Penal dice, en el título X, referente a las causas que atenúan o eliminan la represión: "Art. 85.— Están exentos de pena: 1º—El que comete el hecho punible en estado de "enfermedad mental", de idiotéz o "de una grave alteración de la conciencia" y no posee en el momento de obrar la facultad de apreciar el carácter delictuoso de su acto o de determinarse según esta apreciación; etc." Por su parte, LACASSAGNE, al referirse a la responsabilidad criminal de los alienados, dice, a propósito de las consecuencias médico-legales que se pueden derivar: "Tanto por lo que se refiere al Código Civil como al Penal, son igualmente interesantes los diversos aspectos que pueden revestir las consecuencias médico-legales de la psicosis maníaco-depresiva. Hemos de considerarla desde dos distintos puntos de vista, a saber: cuando el individuo afecto de psicosis está en pleno acceso,

y en los intervalos de los accesos; esto es, cuando vuelve a la normalidad (?)"'. Entendemos que la vuelta a la normalidad absoluta (caso único en que la responsabilidad podría establecerse) es un punto difícil de determinar, aun tratándose de los períodos de lucidez propias de las fases alternantes de las psicosis maníaco-depresivas, y a las cuales se puede homologar, por sus remisiones, la parálisis general; por más que esta no pueda englobarse dentro de las psicosis constitucionales, a las que aquellas pertenecen, por caer en el grupo de las demencias adquiridas, tipo meningo-encefalitis crónica.

Sentimos no estar de acuerdo con la escuela francesa, la que, con FALRET, DOUTREBENTE, BALLET y RÉGIS, "cree en la vuelta a la normalidad" de los enfermos de que tratamos en "los intervalos lúcidos". Para RÉGIS, "el momento lúcido es la suspensión temporal y "completa" de los síntomas de la locura". No podemos creer en la absoluta higiene mental de sus enfermos, por el simple hecho de que atraviesen por remisiones temporales, absolutamente transitorias, porque esa higiene absoluta sólo sería posible en el caso de suspensión definitiva de la acción de los diversos factores causantes de tal alteración mental, lo que equivaldría a la curación; porque, de otro modo, mientras las causas productoras y, por consiguiente, la enfermedad, persistan, la pretendida normalidad absoluta del enfermo, por transitorio que ello sea, nos parece algo absurdo, reñido con la lógica. De allí que nos parezca una aberración jurídica considerar como responsables a infelices víctimas de estados demenciales por el simple hecho de una tregua engañosa, superficial y efímera que la enfermedad les concede. Si un paralítico general es universalmente reconocido como irresponsable de sus actos, careciendo, por lo tanto, de personería civil, "lo seguirá siendo mientras sea un paralítico general"; no importa el período de la enfermedad ni la intensidad de los síntomas que presente en el momento de la comisión del delito. Nos apoyamos para ello en las palabras de KRAEPELIN: "Los accesos pasan, pero la enfermedad perdura". Y el mismo RÉGIS refuerza, sin pretenderlo, este modo de pensar cuando, refiriéndose al pronóstico, dice: "Jamás he observado, por lo que a mí respecta, en la parálisis general, confirmada otra cosa que "remisiones, mejorías pasajeras". No veo, pues, por qué tengan estos enfermos más responsabilidad que los "degenerados medios" de que nos habla MAGNAN, sobre los que nunca puede caer la sanción de la

ley en todo su rigor y entre los cuales es donde se ha hallado más paricidas (RÉGIS, ASSELIN), delito relativamente frecuente en los paralíticos generales.

Si hemos traído a colación estas consideraciones, aparentemente marginales, en momentos en que nos veníamos ocupando del pronóstico y del tratamiento de la P. G. antes del descubrimiento de WAGNER VON JAUREGG, ha sido porque, basados en un principio que creemos apoyado en sólidas razones, deséabamos formularnos una pregunta.

Acercas del "principio" a que nos referimos, creemos haber insistido bastante: Es el concepto de la "irresponsabilidad" o por lo menos de "irresponsabilidad atenuada" que tenemos de los actos delictuosos practicados por un P. G., aun durante las remisiones; inspirados en las atinadas consideraciones que acerca de "la responsabilidad" formula MAXWELL en su interesante obra "El Crimen y la Sociedad", y en las palabras de COURDAT: "La imputabilidad es uno de los elementos esenciales de la responsabilidad; por consiguiente, los individuos que no tienen libre arbitrio (insensatos) ni conciencia de sus actos, y que están en situación de locura en el momento mismo del acto, son irresponsables"; lo que completaba lo expuesto por RÉGIS en su "Précis de Psychiatrie": "En un gran número de casos sometidos al exámen del médico perito, en el mayor número se puede decir, se trata de estados patológicos incompletos (remisiones de los P. G.), intermedios que suponen no una responsabilidad absoluta, sino atenuada.

En cuanto a la pregunta que queríamos formularnos, ella surge como consecuencia lógica de la nueva situación legal en que, en adelante, quedará un paralítico general que ha sido convenientemente tratado por el procedimiento de W. J., y que sale, en consecuencia, "curado": ¿Cuál será la conducta del tribunal y en qué sentido inclinara su peritaje el médico forense frente a un acto delictuoso cometido por un ex-paralítico general que es egresado de un asilo, "clínicamente curado"? ¿Se le considerarán las atenuantes a que en justicia tienen derecho los P. G. que incurren en algún acto delictuoso, aun en los períodos de lucidez, o será, por el contrario, tratado como una persona en pleno juicio de su capacidad civil y, por lo tanto, enteramente responsable de sus actos?... No pretendemos ahondar el punto; sugerimos simplemente la posibilidad de que ello entrañe algunas complicaciones en la práctica forense del futuro. Tal vez este pequeño problema

que esbozamos sea fuente de cavilaciones para los juristas de mañana.

Continuando, ahora, con el estudio de la situación de los P. G. antes de W. J., sigamos revisando lo que sobre el particular dicen los tratadistas contemporáneos.

RÉGIS dice, tratando de la evolución de la enfermedad: "La terminación de la parálisis general "es la muerte", que puede sobrevenir, sea "lenta" y "progresivamente", en la caquexia paralítica terminal, sea "bruscamente", por una complicación o por "ictus", que mata, por así decirlo, al enfermo en pie (ARNAUD, VALLON, DORÉ, BONNAT, MARANDÓN DE MONTYEL)". Al hablar del pronóstico, dice: "El pronóstico de la parálisis general es, de consiguiente, de los más graves: "es fatal". Y más adelante, agrega: "Yo no he observado, en lo que a mí concierne, en la P. G. confirmada otra cosa que remisiones, mejorías temporales". Y refiriéndose al tratamiento, sostiene que "El verdadero tratamiento de la parálisis general no puede ser "sino el tratamiento de la causa"; es decir, el del factor habitual, el de la sífilis. Este tratamiento de la sífilis no deberá consistir únicamente, como en general se hace, en la aplicación de la medicación específica a individuos ya afectos de parálisis general; deberá, sobre todo, tener por fin el impedir a estos individuos el convertirse en paralíticos generales: El mejor medio para esto "será evitar el hacerse sífilítico". Y termina, declarando: La "profilaxia de la sífilis"—y este es también el consejo de mi maestro A. FOURNIER—es, de consiguiente, "la única defensa" que poseemos contra la parálisis general".

WILMANNNS y otros investigadores contemporáneos piensan, por el contrario, que el tratamiento intensivo de la sífilis contribuye a la aparición de la parálisis y a su gran aumento en los últimos años.

Escuchemos aun a autores más recientes: E. BLEULER, profesor en la Universidad de Zurich y director de un asilo de alienados, en su "Tratado de Psiquiatría" nos dice lo siguiente: "La demencia paralítica", vulgarmente llamada, aunque con impropiedad, "reblandecimiento cerebral", y en la ciencia, de un modo abreviado, "parálisis", es una enfermedad cerebral metasifilítica, con los síntomas genéricos de las psicosis orgánicas y síntomas somáticos característicos. Su curso es de

varios años y "termina con la muerte". Refiriéndose después al curso de la enfermedad, dice: "La parálisis, regularmente en el curso de algunos años, termina con la muerte. Las "pocas supuestas curaciones" que se citan en la literatura son dudosas (¿diagnósticos falsos?, ¿largas remisiones?). En algunos raros casos "excepcionales" puede durar una remisión diez años o todavía más tiempo, y aun, sin que exista una remisión clara, puede prolongarse un caso muchos años. Pero esto "es tan raro", que con ello no hay que contar. La "forma galopante" puede terminar con la muerte después de una excitación de ocho días". "Ya si la parálisis es manifiesta, las remisiones pasajeras pueden "simular" una curación (casi nunca en la "forma" "demencial simple)". Refiriéndose después al tratamiento, dice: "La profilaxia descansa en evitar, o mejor, en la lucha contra la sífilis y el alcohol. Esto último porque por un lado aumenta las ocasiones del contagio y por el otro ayuda (¿o es preciso?) a convertir una lúes en parálisis. Que una enérgica esterilización de una sífilis declarada disminuya las posibilidades de una parálisis posterior, no es cosa que esté demostrada". Luego añade: "El tratamiento de la parálisis manifiesta no nos permite concebir ninguna esperanza "que ad morbum". El tratamiento antisifilítico (incluso el salvarsán) "no da resultado". No menciona siquiera el método W. J.; pero hace, sí, alusión a las sustancias primitivamente empleadas por FISCHER y por el profesor indicado: "Mejorías transitorias suelen producir las inyecciones de nucleinato sódico, de tuberculina y algunos cuerpos análogos, que movilizan los glóbulos blancos y los agentes defensivos. De las últimas influencias se esperan aún detenciones definitivas: el porvenir nos dirá con qué razón. "No se muestra, como se ve, muy optimista respecto a los fundamentos del método que nos ocupa, y es por eso que no se refiere al mejor éxito del tratamiento, cuando señala la necesidad de formular un "diagnóstico precoz", para evitar curas inútiles y costosas y para defender el patrimonio que los enfermos poseían". Y añade estas palabras, cuya relación con las consideraciones jurídicas a que hemos hecho referencia, son manifiestas: "Peligrosas son las remisiones prolongadas, en las que jueces y allegados pretenden ver una curación donde tanto la debilitación mental como el estado de euforia o nuevas recaídas, influyen sobre su capacidad civil".

Por su parte, Max ROTHMANN, de Berlín, al colaborar con MOHR y STAHELIN en su magnífico "Tratado de Medicina

Interna", dice, refiriéndose al tratamiento de la parálisis general: "Hasta la fecha, la terapéutica de la parálisis ha resultado completamente ineficaz. A pesar de repetidos ensayos, el tratamiento específico con el mercurio y el yodo carece en absoluto de influencia, y hay casos en que hasta parece ser perjudicial. Tampoco han sido mejores los resultados con el tratamiento por el salvarsán, y, sobre todo, a pesar de un tratamiento cuidadoso y prolongado de la sífilis durante años, no se ha logrado evitar el desarrollo de la parálisis. De todos modos, parece que los casos de sífilis no tratados o mal tratados, conducen a formas de parálisis más rápidas y más graves". Estas últimas palabras confirman la urgencia de formular un diagnóstico precoz en las P. G. incipientes, hoy que tenemos la suerte de contar con un procedimiento terapéutico, "a cuya eficacia no hay razón seria que oponer".

El autor citado, ROTHMANN, hace alusión a los primitivos trabajos de WAGNER, pero sin ahondar en ellos ni vislumbra las proyecciones que habían de tener más tarde: "Recientemente se ha llamado la atención sobre la buena influencia producida por la leucocitosis y los aumentos de temperatura determinados artificialmente mediante la aplicación de inyecciones de "tuberculina" (WAGNER). A los mismos resultados pueden dar lugar las inyecciones de "nucleína to sódico" (FISCHER). Sin embargo, es dudoso que se obtengan mejoras, y menos aun verdaderas curaciones".

Y termina con estas palabras que corroboran lo que decíamos a propósito de la situación jurídica de los P. G., antes y después de la era iniciada por W. J.: "Todo paralítico es irresponsable. Por tanto, no pueden ser castigados por los delitos que con frecuencia cometen (lesiones, robos, delitos de incontinencia). Es absolutamente necesario recluirla a tiempo a los paralíticos, porque, si no, pueden ocasionar grandes daños, sobre todo a causa de su delirio de grandezas".

Alentada por el pesimismo unánime acerca de lo fatal del pronóstico de los P. G., la nueva ciencia depuradora de razas, la "eutanasia", de WYLM, y la eugenesia, no ha vacilado, por intermedio de algunos de sus ilustres voceros, en contar entre los seres destinados a desaparecer por obra del hombre mismo, "a los paralíticos generales", a los que refunde dentro de la escoria humana, asimilándolos a elementos "asociales" y "antisociales" (cretinos, degenerados, idiotas, criminales natos).

Así lo declara la teoría de WYLM cuando dice que la Na-

turalaleza nos enseña el medio de impedir la propagación de los tipos inferiores, por muerte de los individuos que los forman; que la sociedad debe preocuparse de dos cosas esenciales para marchar de acuerdo con las tendencias evolucionistas, asegurando, de una parte, "su perpetuación" al velar sobre la "calidad" y "cantidad" de los hijos que formarán sus miembros en el porvenir, y separando, además, de ella los elementos que se opongan a "su depuración" y perfeccionamiento, mediante un recurso análogo al que la Naturaleza emplea, como en efecto ocurre, no sólo con los seres inferiores, sino también con el hombre, cuyos tipos intelectualmente defectuosos tienen una marcada tendencia al suicidio y al asesinato familiar. Se pregunta WYLM, después: "¿Por qué esforzarnos en conservar la vida a los asociales, que serán siempre incapaces de vivir humanamente? ¿No es preferible una muerte dulce y tranquila a la existencia que les está reservada? ¿No vale más suprimir, de la misma manera, los antisociales confirmados? ¿No es mejor hacerlos desaparecer, que exponer a sus violencias a individuos socialmente superiores a ellos?" Y termina, diciendo: "La muerte dada en esas circunstancias no es una pena sino una medida de preservación social copiada de la Naturaleza y destinada a conservar el valor del tipo humano. "El médico es quien debe decidir la necesidad de esta medida, y no el juez quien la aplique como castigo".

Esta nueva e inquietante manera de considerar el derecho a la vida de los desheredados de la suerte, esta faz práctica de la Biología y del Derecho, encuentra en Alemania defensores como FRITZ, HIPPEL y LENZ.

Y los encuentra también en Italia, en la personalidad científica de Enrique MORSELLI, el catedrático ilustre de Enfermedades Mentales en la Universidad de Génova, autor de "Psicología y Espiritismo", "Neurosis traumáticas" y "Antropología Criminal". Pues, bien; este espíritu superior y culto no vacila en incluir dentro de los elementos que deben ser suprimidos por nocivos e inútiles, "a los paralíticos generales". Así lo declara enfáticamente en una reciente charla que, sobre los delicados problemas que la eutanasia plantea, sostuvo, hace poco, con un intelectual sudamericano.

Para que se perciba mejor lo monstruoso e injusto que es incluir dentro del deshecho social que debe ser eliminado, "como escoria nociva", "a los P. G.", mencionaremos algunos párrafos en los que el citado profesor condena y pretende justificar sus discutibles doctrinas.

“Hay procesos patológicos que desde el primer momento superan cualquiera fuerza de reacción de defensa del organismo; tal ocurre con el cáncer, la diabetes grave, la paraplejía tabética, la locura.....” No considera el autor citado las posibilidades incalculables de la terapéutica actual y futura, la radioterapia, la insulina o los elementos antitabéticos modernos. Y continúa, diciendo: “La tesis eutanásica puede sostenerse desde el punto de vista de enfermos irremisiblemente condenados a la incapacidad, a vivir de la ayuda de los demás, a la impotencia física o psíquica. Prescindiendo del sentimentalismo que interpondría sus razones para no acabar con estos productos de la miseria humana, se resolvería el problema económico del sostenimiento de los asilos, que exigen un renglón subido del presupuesto, no siempre reforzado conforme a las exigencias médicas y filantrópicas. No ignoramos que hay manicomios donde los asilados mueren de frío o la higiene es irrealizable (?)”. “Los alienistas, más que los médicos de higiene y asistencia social, visitando las celdas y salas de nuestros institutos, no podemos ocultar la idea de poner término a las indecibles miserias que observamos. En presencia de ciertos microcéfalos y cretinos, de ciertos idiotas afásicos y convulsivos, de epilépticos locos y peligrosos durante la crisis de sus impulsos bestiales, dudamos que en ellos exista el hombre, ni siquiera la vida. Son despojos trágicos de una personalidad que, disolviéndose, se abisma, sin resistencia ni conciencia, en la eterna noche”. Y termina, diciendo: “Para esos, la medicina es impotente. He aquí, pues, la muerte liberatriz cuando el diagnóstico es sin cura y sin esperanzas”..... Y entre estos incluye a los paralíticos generales, pues al ser interrogado en esta forma por el periodista americano que le arrancara tan inquietantes declaraciones: —“Los casos de idiotismo y de “demencia paralítica” ¿son fáciles de resolver?”—; es decir, si podían los paralíticos generales, de acuerdo con estas teorías, ser también excluidos del derecho a la vida, respondió afirmativamente, en estos términos: “—Ah! El asunto se complica... “Por cierto” (que sí), “con métodos que no produzcan dolor”, que no produzcan laceración en los órganos ni derrame de sangre, que no estampe en la fisonomía el gesto sardónico de los ejecutados por la guillotina o el garrote. En fin, una muerte buena y bella...”

Más adelante demostraremos cuan lejos están los paralíticos generales de hoy de merecer tan sombrías consideraciones, ni menos aun la piedad cegadora de los apóstoles de

la eugenesia, los patrocinadores de "la muerte dulce sin penas", los ciegos defensores del "asesinato legal".

Y sin embargo, MORSELLI no vacila en incluirlos dentro de los factores sociales que deberían ser condenados a desaparecer de la vida, como formas negativas del progreso, con grandes aptitudes para el mal. E indica que, una vez vencidos los obstáculos jurídicos, científicos y sentimentales, es— como opina MAETERLINCK— a los médicos a quienes correspondería la ejecución. Y concluye: "A pesar de ser esta una responsabilidad repugnante a la profesión médica, "nuestro diagnóstico servirá "de base" a la sentencia de muerte. Porque, como dice BINDING, la piedad que nos impulsa es, en estos casos, una crueldad".

Estas son las palabras de un médico, de un psiquiatra, de un publicista y de un maestro ilustre..... Los comentarios huelgan. Las hemos citado para aportar una prueba más de "cuan unánimemente sombrío" era, hasta hace poco, "el pronóstico de la parálisis general progresiva".

Creemos haber cumplido, siquiera en parte, con nuestro propósito de ofrecer una muy sucinta enumeración de las principales "modalidades de la enfermedad" y de la "sintomatología" de la misma, habiendo avanzado algunas ideas sobre su "patogenia y evolución"; lo que nos ha dado pretexto para hacer una ligera atingencia de orden médico-legal, así como para conocer las opiniones de diversos autores con relación al "pronóstico de la P.G.", en función del "tratamiento" "pro-wagneriano", y la progresiva y tenaz evolución que la caracteriza.

Para ser consecuentes con el título que encabeza el capítulo que venimos desarrollando, reservaremos para después lo referente al "diagnóstico", cuya importancia subrayamos desde ahora; no por las razones materialistas, de interés pecunario, que aducen los que no vislumbran que de la exactitud y precocidad del diagnóstico pueda derivarse otro beneficio que no sea el impedir la dilapidación que de sus bienes y los de sus allegados hace el P.G. en la faz eufórica del delirio de grandezas, sino por el bien, por la suerte del enfermo mismo, "cu yo pronóstico, substancialmente distinto cuando se emplea a tiempo y debidamente el método de WAGNER-JAUREGG será tanto más favorable cuanto más tempranamente se ha-

ya formulado aquel diagnóstico". Lo cual, como veremos posteriormente, es por demás factible disponiéndose, entre otros elementos, de los preciosos datos que nos ofrecen las características modificaciones del líquido céfalo-raquídeo.

Y llegamos, ahora, al tan "discutido problema de las relaciones de la P. G. con la sífilis" y de las "diferencias que entre ambas existen", al punto de que, a pesar de la comunidad de origen, queda aquella, por completo, al margen de la acción espiroquetica de la medicación antiluética moderna.

Consultemos para ello algunas opiniones autorizadas sobre las relaciones entre sífilis y P. G., para derivar (de ellas) algunas conclusiones en relación "al problema del tratamiento".

Está por todos aceptado que la parálisis general es causada por la sífilis, existiendo, sin embargo, entre ambas diferencias sustantivas, que han valido a la primera una completa individualización e independencia nosológica.

Al respecto, BLEULER, de Zurich, dice: "Con la tabes, la parálisis se diferencia de las otras manifestaciones luéticas del sistema nervioso central, "porque no se modifica por el tratamiento específico". Pero, frente a esto, la presencia de espiroquetas en el tejido nervioso y las lesiones de las vainas de los vasos con sus células plasmáticas, demuestran que se trata de una manifestación luética directa del cerebro". "Si hay una raza especial de espiroquetas, una disposición congénita de los pacientes o, más tarde, influencias que conviertan al luético en paralítico, son cosas que no se saben". Al referirse a los factores predisponentes endógenos (taras psico o neuropáticas) y exógenos, termina: "Fuera del alcohol, no conocemos ninguna causa que favorezca o sea preciso para hacer manifiesta la enfermedad".

Por su parte, Max ROTHMANN, confirmando lo expuesto, dice: "La demencia paralítica debe incluirse entre las enfermedades mentales. En la actualidad ya no puede ponerse en duda que la "parálisis progresiva de los enajenados" es una enfermedad "causada por la sífilis"; pero el conjunto de sus manifestaciones clínicas y anatómicas "debe separarse de la lúes cerebral" como enfermedad "metasifilítica". Y añade, después: "Los recientes métodos diagnósticos de investigación del líquido cerebro-espinal y del suero sanguíneo, dan en la parálisis, próximamente en el ciento por ciento de los casos, las reacciones características de la sífilis, y una serie de observaciones clínicas también denotan la relación entre la sífilis

y la parálisis. Los paralíticos parecen inmunes respecto del virus sífilítico”.

Conviene recordar acá los famosos experimentos citados por KRAFFT-EBING al Congreso de Moscú (1897), según los cuales a nueve paralíticos generales en los que no había podido descubrir trazas de sífilis, practicó inoculaciones repetidas con serosidad purulenta procedente de placas mucosas y de chancros duros, ninguno de los cuales presentó después el menor accidente, mostrándose, en consecuencia, completamente refractarios a la infección sífilítica. Estos experimentos que a partir de entonces han sido frecuentemente repetidos con resultados análogos, demuestran claramente la identidad etiológica de ambas afecciones. “Creemos, pues, que si un P. G. no se infecta de sífilis, es, sencillamente, porque ya lleva la infección consigo”. Sin que esto quiera decir que la identidad de origen implique necesariamente identidad de naturaleza, punto este sobre el que nos creemos obligados a insistir.

La “ramboesia” parece ser incomunicable a los paralíticos, lo que hace pensar en una inmunidad de estos enfermos contra la *Spirochaeta pertenuis*, cuya semejanza con la “*Spirochaeta pallida*” es bien conocida. (V. FRAUJ JAHNEL y Johannes LANGE: “Ein Beiheft zu den Beziehungen zwischen Framboesia und Syphilis: Framboesie einmunitat von Paralyticken”. “Munchener Medizinische Wochenschrift”; 1925; 4, XXII, 35; p. 1452-1453.

No vamos a repetir una vez más las razones que tuvo FOURNIER para considerar a la P. G. como una afección metafísica, como algo más hondo y más serio que las severas variedades de sífilis nerviosa, como algo más que una modalidad de sífilis cerebral. Está aceptado que la parálisis general es el resultado de la sífilis al actuar, por un mecanismo aún no conocido, sobre un cerebro hereditaria o accidentalmente “sensibilizado” (PASTEL y BONHOMME), dentro de determinadas condiciones de edad, sexo y profesión.

Reconociendo la similitud de relaciones entre las lesiones anátomo-patológicas de la “sífilis cerebral” y de la “parálisis general”—sin olvidar, desde luego, las variantes específicas: sífilis vascular, en el primer caso; parenquimatoso o central, en la P. G.—, creemos, en cierto modo, que la “impregnación tóxica específica” de las células cerebrales es, por lo menos, una de las características esenciales de esta enfermedad. Teniendo entendido, desde luego, que no nos referimos a aquella “causa única”, en la cual, según RÉGIS, se pueden resumir todas las

causas determinantes de la parálisis general: "la intoxicación", y en la que incluye todo lo que significa envenenamiento del organismo, intoxicaciones propiamente dichas, o infección: alcoholismo, saturnismo, auto-intoxicaciones gastro-intestinales, hepática, renal, artrítica, eruptiva, erisipelatosa, puerperal, sifilítica, tuberculosa o palúdica. Salta a la vista la puerilidad de este modo de resolver un problema etiológico, y el error de refundir dentro de la causa única "determinante" (la sífilis) todo un conjunto de causas simplemente "predisponentes". Y es esta la causa de que se confunda con la parálisis general toda la gama de síndromes paralíticos a que pueden dar lugar las causas mencionadas, cuando no actúan sobre un organismo previamente sifilizado. Parece, pues, que únicamente a los efectos de la intoxicación sifilítica de las células cerebrales, es a lo que debemos referirnos al opinar sobre la causa patogénica de la P. G., lo que nada tiene de común con los siguientes conceptos de RÉGIS: "Todos los estados de intoxicación y de infección pueden dar nacimiento a la parálisis general o, para ser más exactos, al "síndrome paralítico", como muy justamente lo denomina KLIPPEL".

Sin embargo, H. SPARTZ ofrece una interesante explicación sobre las diferencias esenciales entre ambas afecciones, que, a nuestro juicio, no excluye ni contradice lo que acabamos de exponer, sino la completa y aclara: él, como otros investigadores, no considera sostenible el concepto de que la diferencia entre lúes cerebral y P. G. estriba en una afinidad especial por los elementos mesodérmicos o ectodérmicos, como sostienen la mayoría de los autores, sino en la variedad de la puerta de entrada y de la vía de difusión de los gérmenes. En la lúes cerebral sería el líquido céfalo-raquídeo la vía de propagación de la infección; en la P. G., por el contrario, el virus se difundiría de los vasos sanguíneos o de la sustancia cerebral. (H. SPARTZ: "Das lues cerebri-Paralyse Problem und die pathogenetische Bedeutung des ausbreitungsweges". "Schweizer archiv für Neurologie und Psychiatrie"; 1925; XVI, 1; p. 153-154.)

Algo hay, sin embargo, de cierto en los siguientes conceptos del autor citado: "El veneno no respeta ninguna región del sistema nervioso, pero las reacciones difieren necesariamente según la vulnerabilidad de tal o cual territorio. Parecida a los venenos urémicos y diabéticos, la toxina de la demencia paralítica no se encuentra en la sangre de un modo constante, por lo menos, en cantidad considerable". Y agre-

ga, dando esta original interpretación al fenómeno de las remisiones: "Las remisiones y las agravaciones de la enfermedad se explican por la disminución o aumento del poder tóxico de la sangre". Análoga interpretación nos ofrece KRAEPELIN, y no son pocos los que a tal modo de ver se pliegan. Así, ALTER considera que la afección se debe al espesamiento, a la alteración regresiva de la célula nerviosa bajo la influencia de la toxina a ella combinada, y que "las remisiones deben ser atribuidas a compuestos químicos secundarios", a una "antitoxina" que llega a depurar, "más o menos", la célula, sin desembarazarla, completa y definitivamente, de la acción tóxica.

Las indiscutibles "relaciones de la parálisis general con la sífilis" tuvieron ya, desde 1909, un convencido partidario en el profesor Max NONNE, en cuya época nos decía: "Ante todo, debemos declarar que la parálisis progresiva no es una enfermedad cerebral específicamente sifilítica, aun cuando, por otra parte, las relaciones entre ella y la sífilis sean múltiples e íntimas. Los trabajos sobre la sintomatología y la anatomía patológica de la P. G. verificados durante estos últimos años, han sido tan importantes, que podemos afirmar que este estudio ha predominado en el campo de la psiquiatría, en especial lo referente a las relaciones entre esta enfermedad y la sífilis; interés que se acrecentó con los importantes trabajos de LEBEDE y FOURNIER." Además, los pretendidos hallazgos de NOGUCHI respecto a la presencia de espiroquetas en el cerebro de los paráliticos, tuvieron, por lo menos, la virtud de permitir considerar a la parálisis como una modalidad de sífilis cerebral. A este respecto, han sido particularmente valiosas las contribuciones de KRAFFT-EBING.

Hoy es indiscutible el rol fundamental de la sífilis en la eclosión de la P. G., incluso en las formas "infantil" y "juvenil". Al respecto, NONNE cita el caso de una muchacha parálitica de doce años de edad, la cual había sido infectada durante la lactancia por intermedio de su ama, que padecía de un chancro del pezón. Son numerosos los casos de parálisis infantil en los que la relación entre la sífilis congénita y la parálisis infantil es evidente, con infección materna comprobada. Por lo interesante y demostrativo, mencionemos el siguiente caso, tratado por NONNE en Eppendorff: Muchacha de veintinueve años, tratada por parálisis general progresiva, sin ningún dato que hiciese suponer una infección sifilítica, pues la enferma era virgen, y negativos los antecedentes de cuál-

quier infección extragenital. El interrogatorio a la madre revela que la paciente fué criada por su madre al mismo tiempo que un niño extraño, que murió de sífilis a los dos meses de nacido, no sin infectar antes a su nodriza, a la que le produjo un chancro de la mama, con el que se infectó la enferma a que nos referimos. El padre, a su vez, fué infectado por la madre, y hoy, treinta años más tarde, está tabético; la madre ofrece síntomas propios de una parálisis (afasia, rigidez pupilar, disartria), y la protagonista de este caso tiene una parálisis general progresiva típica.

Las "estadísticas" son igualmente confirmatorias. ALZHEIMER encontró la sífilis figurando en los casos de parálisis infantil y juvenil en el 91% de los casos, y FOURNIER y KRAFFT EBING llegaron a constatarla en el 100%, dato de gran valor si se considera que es anterior al descubrimiento de las reacciones serológicas de WASSERMANN.

Como dato de interés, señalemos la frecuencia con que NACKE, en oposición a FOURNIER, ha comprobado taras neuropáticas hereditarias en los paralíticos generales.

Es igualmente frecuente "la asociación de parálisis con tabes y con enfermedades cerebrales sífilíticas de diversa índole", a juzgar por las comunicaciones de MEYER, RANKE, ZAMBACO, WESTPHAL, FISCHER y otros. Esto ha dado origen a numerosas conclusiones contradictorias. Nosotros creemos que siendo la parálisis una enfermedad de origen sífilítico, una forma—si se nos permite la expresión—degenerativa de la misma, una forma maligna, resultado de la coexistencia, funesta para el enfermo, de una serie compleja de factores "indispensables" (tara hereditaria neuropática, herencia sífilítica, naturaleza del virus, género de vida, alcoholismo, intelectualidad, traumatismos craneales), agrupados en torno de un núcleo fundamental: la infección sífilítica; la pretendida existencia de formas asociadas—cuya aceptación implica, por lo menos, la independencia etiológica de las formas que se asocian; lo que es falso, tratándose de sífilis y parálisis general—no es sino la existencia de síntomas, de manifestaciones de un mismo proceso patológico. Si en un P. G. se observa, por ejemplo, manifestaciones de sífilis terciaria, gomas, no quiere esto decir que se trate de dos procesos distintos que coexisten en un mismo sujeto, sino, simplemente, que la sífilis que ha dado origen, por la coexistencia de las causas predisponentes ya citadas, a la P. G. de nuestro supuesto paciente, no ha sido, por falta de tratamiento o por tratamiento incompleto, des-

terrada de aquel organismo, aun cuando en él haya hecho su aparición el estado demencial y las diversas alteraciones psico físicas propias a la P. G.

De allí, que no deba sorprender al encontrar, al lado de alteraciones propias de la parálisis, las diversas lesiones que caracterizan a la sífilis que le ha dado origen; como ocurre con la endoarteritis obliterante de HOUBNER, en casos de parálisis general, y localizadas de preferencia en la arteria silviana, la basilar y las del exágeno arterial de WILLS.

En todos ellos se trata, a nuestro modo de ver, de casos de parálisis con lesiones sifilíticas, por falta de tratamiento adecuado. No podemos admitir, si hemos de ser consecuentes con la tesis que venimos sosteniendo sobre la unidad etiológica de sífilis y parálisis general, que se considere como una enfermedad sobreañadida a la sífilis, tratándose de parálíticos que, por el simple hecho de serlo, han sido ya sifilíticos: "No hay sífilis, no hay parálisis". De consiguiente, cuando en un paralítico general se observan, como frecuentemente ocurre, manifestaciones sifilíticas cutáneas o mucosas, o se comprueba aun la existencia de una sífilis medular o cerebral, eso está demostrado que aquel caso no ha sido convenientemente tratado, por lo menos en lo que a las manifestaciones exclusivamente sifilíticas se refiere; y la "perduración"—no la contaminación post-paralítica—de esas manifestaciones reafirman el origen específico de la parálisis. De allí, la imposibilidad de que den resultado positivo las inoculaciones de sero-pus sifilítico en P. G. no tratados, como quedó elocuentemente demostrado por las audaces experiencias de KRAFFT-EBING, a las que ya hemos hecho mención. Aceptamos, desde luego, la posibilidad de una reinfección sifilítica en los raros casos en que las manifestaciones específicas hayan sido intensa y constantemente tratadas, de un modo tan completo que se llegue a la esterilización del organismo, aun cuando las modificaciones impresas por la infección a las meninges y encéfalo hayan degenerado ya el cuadro paralítico que el tratamiento específico es impotente a modificar. Pero aun cuando teóricamente aceptemos la posibilidad de esta reinfección, ello es muy improbable en la práctica, y los raros casos que la clínica y la experimentación nos presentan, como los de FINGER y LANDSTEINER, son muy discutibles y, en todo caso, dignos de figurar en un museo de curiosidades científicas.

No insistiremos en mencionar las diversas teorías que pretenden explicar la inmunidad del organismo sifilizado frente

a la acción de su propio virus o la de un virus extraño. La resistencia de aquel, frente a este último, es evidente, siendo nula ante la acción del propio virus. Así lo demostró EHRlich creando en el organismo del animal en observación, espirilos arseno-resistentes, mediante inyecciones repetidas de arseno-benzol. WIDAL opina que los treponemas introducidos en el organismo se adaptan poco a poco a las sustancias inmunizantes fabricadas por éste, lo cual, por una especie de aclimatación, permite la formación y pululación de treponemas virulentos, lo que prueba la existencia de reacciones específicas estrechas entre el treponema y el organismo, y explica, además, el porqué siendo este permanentemente sensible a la acción de su propio virus, sea inmune ante un virus extraño. BOUYEYRON, WIDAL y GOUGERET formulan nuevas e interesantes hipótesis, apoyados en nociones recientes sobre biología, inmunidad y anafilaxia, y explican que los estados de "inmunidad" y "sensibilización" evolucionan "simultáneamente" en el organismo, con "predominio de uno u otro", de donde resultan las diversas fases que nos ofrece la sífilis. Cuando el nivel de la sensibilización es superior al de la inmunidad, los accidentes se producen con tanta mayor intensidad cuanto mayor es la diferencia de ambas. Este concepto, en parte, explica la eclosión de los fenómenos paralíticos; explica también, en cierto modo, porqué este sífilítico sana y aquel se hace paralítico general.

Está demostrado que este poder de inmunización se va debilitando, hasta anularse, en el curso del período terciario, exagerándose, en cambio, la sensibilización; de donde resulta la gravedad de los accidentes que caracteriza este período. "Cuando bajo la influencia de factores diversos, desaparecen inmunidad" y "sensibilización, el organismo queda apto a una nueva infección". Por esto, BLOCH, de Zurich, ha intentado demostrar la naturaleza de estos fenómenos, homologándolos al "estado alérgico" descrito por VON PIRQUEL a propósito de la tuberculosis.

Hasta aquí lo referente a las argumentaciones que demuestran que la parálisis general tienen su principal origen en la sífilis, venga ésta por herencia o sea adquirida en fuente de contagio a virus neurotrópo, bajo la necesaria concurrencia de factores predisponentes, sensibilizadores de los que ya hemos hecho mención.

Nos resta decir dos palabras sobre la "diferencia existente entre la sífilis cerebro-espinal y la parálisis general". Algo

hemos dicho al respecto. Aduzcamos alguna razón más, que guarde, en cierto modo, relación con lo referente al tratamiento y pronóstico pre-wagneriano.

No es nuestro propósito hacer un estudio comparativo completo entre la sífilis nerviosa propiamente dicha y la parálisis general, estableciendo un paralelo riguroso entre la etiología, evolución, formas clínicas, sintomatología y lesiones anatómicas propias a cada una de las afecciones nombradas; porque aquello, por muy interesante que en realidad sea, nos apartaría demasiado del punto capital.

Nada diremos, pues, porque ello ha sido tratado ya, de los importantes y reveladores síntomas que ofrece un parálisis general, principalmente en el período prodromico y en el período de estado de la enfermedad, que, desde el principio, impone su individualización con respecto a las formas similares de sífilis cerebral.

Tampoco nos detendremos acá a analizar las sugestivas modificaciones que tan precozmente experimenta el líquido céfalo-raquídeo en los parálisis generales, modificaciones notoriamente características y de cuyo simple estudio se obtienen datos tan importantes para el diagnóstico de la enfermedad y para el porvenir del enfermo, porque sobre este punto hemos de insistir con alguna detención en capítulo aparte.

Veamos algo respecto a sus "lesiones anatómicas". Llama, en primer lugar, la atención, la "intensidad de los procesos destructivos" que se observa en los diversos elementos nerviosos del cerebro y aun de la médula, sin que se conozca nada igual en procesos de destrucción de otras enfermedades sífilíticas del sistema nervioso. Y a los efectos de este proceso destructivo que afecta no de preferencia los vasos arteriales, como ocurre en la sífilis cerebral, sino a las neuronas cerebrales mismas, cuyo protoplasma altera y atrofia, degenerando su núcleo, se suma una infiltración linfocítica, plasmocítica, etc., de las vainas perivasculares y, una intensa proliferación neuróglia, multiplicación de las células en bastoncillo, que ahoga el elemento noble. Una de las características histológicas de la parálisis, es la "infiltración de las vainas de los pequeños vasos cerebrales" por "células plasmáticas", lo que

constituye un elemento diferencial anátomo-patológico de primer orden, porque no se les observa en ninguna otra afección sífilítica del sistema nervioso, encontrándoseles tan sólo, según VON MONAKOW, en la tripanosomiasis africana y en la esclerosis múltiple. Se observa, igualmente, alteromatosis vascular y otras lesiones degenerativas, siendo manifiesta la neoformación de capilares. Consecuencia de estas alteraciones, es la considerable reducción volumétrica que experimenta el cerebro, cuyo peso en los casos crónicos queda "reducido por debajo de 1000 gramos, y como resultado de esta atrofia, que es más marcada en los lóbulos [frontal y parietal,] el cerebro parece demasiado pequeño para la caja craneal, perdiendo la tersura característica de la piamadre que aparece opaca, blanquecina y engrosada. La sustancia blanca tiene un tinte sucio y se retrae al corte, sin que se observe en ella las "lesiones fecales" que caracterizan a la sífilis cerebral (hemiplejías, paresias de los nervios craneales, vértigos, afasias, monoplejías, agnesias, consecuencia de las lesiones en foco). La piamadre está, además, íntimamente adherida a las circunvoluciones cerebrales atrofiadas, y la paquimeningitis hemorrágica constituye, por su frecuencia e intensidad otra de las características anatómicas de la parálisis.

Son frecuentes, además, lesiones de otros órganos, como se observa en los casos ordinarios de sífilis; en especial, lesiones hepáticas (que obstaculizan en algunos casos la correcta aplicación del método de que nos vamos a ocupar). Sin embargo, por lo general, las manifestaciones ordinarias de la sífilis y sus escuelas, como lo hace notar BLEULER, son raras en los paralíticos generales, probablemente a causa de que la infección sífilítica y su acción tóxica concomitante se ejerce marcadamente y desde un principio, en estos casos de parálisis, sobre el sistema nervioso central previamente sensibilizado, sin dar casi lugar a que se pronuncien las manifestaciones ordinarias de la sífilis.

La gravedad de las lesiones encefálicas que acabamos de enumerar, que comprometen tan seriamente la estructura histológica de las meninges (paquimeningitis), exagerada la proliferación neurológica, dilata los vasos que aparecen afectos de lesiones aterotomatosas y degenera en sus elementos más íntimos a la célula nerviosa, según lo han comprobado los estudios de WISSEL; no tiene, lo hemos dicho, similitud en la sífilis cerebral, que es, de las manifestaciones luéticas del sistema nervioso, la que mayores analogías ofrece con la paráli-

sis general, y de la que, sin embargo, se diferencia en su naturaleza íntima.

En efecto, el hecho de no encontrarse el treponema en el interior de las células cerebrales tan hondamente degenerado, o en cualquiera de los elementos histológicos del cerebro, como ocurre en la sífilis cerebral, en la que la pululación del espiroquete en las lesiones focales del cerebro o en sus vasos es relativamente considerable, "está demostrando que esta acción degenerativa es de otro orden", que es una "impregnación tóxica", a distancia, acción tóxica cuya naturaleza es seguramente tan compleja como complejos y variados son los factores que intervienen en la producción de la parálisis general. "El treponema se encuentra albergado en muchos elementos; su topografía es extensa, pero no tiene carácter específico. Estas graves alteraciones encefálicas, responsables de los trastornos psíquicos y de los fenómenos paralíticos, no son, pues, originados exclusivamente "por la acción de presencia" del espiroquete, es decir por "la sífilis misma", sino por los hondos trastornos humorales que la sífilis de origen ha impreso en un organismo que se halla bajo la acción combinada de factores endógenos y exógenos que perturban su poder neurotrófico. Estas lesiones, pues, según las consideran NISSL y ALZHEIMER, están construídas por una "inflamación difusa crónica" del parénquima nervioso, en la cual, al lado de los fenómenos de infiltración inflamatoria del sistema conjuntivo-vascular, existe una "degeneración parenquimatosa".

Creemos, en consecuencia, "que teniendo la parálisis general su origen en la sífilis, difiere de ella en su naturaleza íntima", por ser el resultado de una "acción tóxica compleja".

Este modo de considerar el problema se halla reforzado por numerosos hechos, el más importante de los cuales es la "ineficacia absoluta del tratamiento específico"; la razón de la cual acabamos de dar.

Como consecuencia de lo expuesto, "podemos concluir": que la sífilis, heredada o adquirida, es responsable de la lepto-meningo-vascularitis y encefalitis difusa que anatómo-patológicamente caracteriza a la parálisis general, las mismas que originan los síntomas paralíticos y, en particular, el estado demencial, que, a diferencia de lo que ocurre con otras formas de sífilis nerviosa, en especial con la sífilis cerebral, no se

ha podido probar de manera concluyente la presencia del treponema en las lesiones cerebrales a que esta meningo-encefalitis da lugar, siendo muy probable que los pocos casos citados por NOGUCHI, últimamente, sobre hallazgo de espiroquetas en cerebros de parálíticos generales, se refieran a casos de sífilis cerebral erróneamente considerados como casos de parálisis; que la sífilis es un factor etiológico "indispensable", pero no "único ni suficiente" para generar una parálisis general progresiva; que el hecho de que "no todos" los casos de sífilis adquirida ni heredada degeneren al fin en una parálisis general, está demostrando, en primer lugar, que ésta no constituye un mero período de natural determinación de muchos casos de sífilis, y, además, que posiblemente sólo ciertas clases de sífilis, las originadas por variedades virus neurotropizadas, pueden dar lugar a una parálisis; que para que esta afección típica se presente, es "indispensable" que concurren, a más de la infección sífilítica original, "una serie de otros factores", de causas predisponentes, las que, originando verdaderas meiotragias, insuficiencias funcionales, favorecen la acción de las toxinas específicas, reforzándola y sirviendo, así, de localizadores encefálicos de la infección; que buena parte de estos factores determinantes se resumen en la fórmula de KRAFFT-EBING, quien sintetiza así toda la etiología de la parálisis general: "civilización, sífilización.....", en la cual quedan incluidos los continuos surmenajes y fatigas de todo orden que la agitada vida moderna ocasiona; que esto explica que la P. G., "rara en los campos", de donde provienen sólo un dos o tres por ciento de los alienados reclusos, y también en los pueblos de vida y costumbres sedentarios (árabes)—según A. MARIE, la opinión corriente acerca de la P. G. en esta raza, es errónea; la frecuencia de la P. G. en los árabes de Egipto es enorme, es de 5%—, sea más frecuente a medida que la intelectualidad del medio se acentúa, contribuyendo la población urbana con un quince por ciento al incremento de los asilos, y las clases acomodadas a de un alto nivel cultural, con un cincuenta por ciento; que a estos factores hay que añadir, como causas coadyuvantes, las "intoxicaciones" y las "infecciones", figurando, entre las primeras, el alcoholismo, que tan nociva influencia ejerce sobre el cerebro cuando está asociado a la sífilis, y entre las segundas, la tuberculosis; que es no menos importante "la acción de los traumatismos", pues ella revela o acelera una meningo-encefalitis latente, y su rol etiológico es de considerable interés desde el punto de vista médico-legal,

debiendo añadir que los síntomas paralíticos post-traumáticos suelen estallar dentro de un lapso de tiempo que varía de dos a tres meses a un año, siempre que sean suficientemente intensos para producir conmoción cerebral, como en los numerosísimos casos observados en la última guerra europea, a los cuales tenemos que añadir la acción de los "traumatismos emotivos", brillantemente demostrada por Alex RAITZIN; que la "herencia" puede, fuera de la neurosífilis, crear una predisposición orgánica, una especial vulnerabilidad del sistema nervioso, que vuelve a éste más sensible a la acción de las causas habituales de meningoencefalitis; que en lo que respecta a las condiciones de "edad, sexo, profesión y país" como elementos que contribuyen a la eclosión de la demencia paralítica, recordaremos que su mayor frecuencia se observa en la edad de mayor actividad y desgaste orgánico, entre los treinta y los cuarenta años, por término medio a los cuatro o seis del accidente de origen, siendo tres veces más frecuente en el hombre que en la mujer, y en aquel, más en el que se dedica a profesionales liberales, a causa del intenso desgaste intelectual que implica, siendo aun más frecuente en el medio militar (60 a 70%), en el que las privaciones y fatigas del servicio desempeñan un rol más importante que las ocasiones de contagio de la vida en común; observándose que esta afección es rara en regiones y localidades donde el vértigo de la civilización no ha penetrado aún. MATTAUSCHEK y PILCZ creen que en el campo es menos frecuente la sífilis, y en especial la P. G., por causa de que ahí las enfermedades febriles más frecuentes que en el medio urbano, fortificaría el sistema nervioso contra la infección luética.

Y que, finalmente, cómo, a pesar de ser la parálisis general de origen sífilítico, reviste modalidades especiales y requiere para su producción la concomitancia de una serie de factores indispensables, a los que nos hemos referido ya; todo lo cual la aparta, independizándola, de las otras formas de sífilis nerviosa, adquiriendo, así, una autonomía legitimada por la histopatología que le es propia (JEFFREY y LÉRY), por la clínica y por el laboratorio (valor diagnóstico y pronóstico de "las cuatro reacciones"); por lo cual, el tratamiento antisifilítico, eficaz contra todas las manifestaciones y síndromes que son consecuencia directa y exclusiva de la sífilis, tiene, lógicamente, que ser ineficaz frente a una afección que si tiene por origen a la sífilis, difiere de ella por los otros muchos factores que en su producción concurren, por su naturaleza propia y

lo complejo de la acción tóxica que en su patogenia interviene.

Todo lo cual resume y explica cuan incierto y desalentador era el "tratamiento" y consecuentemente sombrío el "pronóstico" de los paralíticos generales antes del descubrimiento de WAGNER VON JAUREGG.

CAPITULO II

Historia de la Piroterapia

ANTECEDENTES PERUANOS.—Cuando a partir del año 1917 comenzaron a comprobarse en la Europa Central los beneficios derivados de la técnica que introdujera WAGNER-JAUREGG en el tratamiento racional y moderno de la parálisis general progresiva, despertóse en neurólogos y psiquiatras del Viejo Continente el creciente y legítimo interés que la técnica mencionada merecía, tanto por los significativos resultados que desde el principio se obtuvieron, cuanto por su relativa originalidad, que en, concepto de muchos, era absoluta.

Sin embargo, el mismo WAGNER-JAUREGG, en un artículo relativamente reciente—al hacer una reseña histórica en la que puntualiza cómo, antes de que se adquirieran los actuales conocimientos sobre la etiología sifilítica de la parálisis general y de la tabes, nadie aspiraba a la curación con los infructuosos métodos de tratamiento de estas enfermedades—, hace ya mención a las fuentes en que inspirara su técnica. Y revisando la extensa literatura que se ocupa de la "curación de la parálisis", constata que "la fecha de aquellos ensayos se remonta a más de cien años", añadiendo que existen no pocos casos en los que la curación ha venido después de una supuración de larga duración, o a consecuencia de una enfermedad febril, y en algunos de los cuales, la supuración con fines curativos ha sido provocada deliberadamente (como consta en el "Traité de Vesanie", de DUBUISSON, 1816; "De l'Encephalite", BOUILLAND, 1820; "Ann. méd. psych.", T. XIX, 1878, DEUTREBENTE; "Trélat. id. id.", 1845, MABILLE; id. id., 1882; ARNDT, 1872). Ya HIPÓCRATES y GALENO sabían que los psi-

cosis podían beneficiar de la aparición, en su curso, de un proceso febril. La misma constatación habían hecho—según WAGNER VON JAUREGG--BOERHAAVE y SYDENHAM, así como REUSS (1786) señaló la cura de la epilepsia gracias a la inter-currencia de la viruela.

Ahora, bien; sin tener, desde luego, el propósito de restar méritos a la labor meritisima, inmensa, que el profesor WAGNER-JAUREGG ha realizado, desde 1887 hasta la fecha, en favor de los paralíticos generales, creemos de interés hacer constar que el método en cuestión, en sus lineamientos generales, no se remonta a sólo cien años, como supone el mismo WAGNER. Tradiciones y escritos, dignos de toda fe, permiten aseverar que los fundamentos en que descansa la técnica de WAGNER-JAUREGG, se remontan a los lejanos días del Imperio Incaico. Así lo hace constar el doctor Honorio F. DELGADO en un interesante trabajo que en setiembre de 1921 publica en castellano ("Tratamiento de la parálisis general por el método WAGNER VON JAUREGG". "Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal", Buenos Aires, VIII. 47, p. 550-571, setiembre-octubre, 1921) y en 1922 aparece con algunas notas, traducidas al inglés ("Treatment of Paresis by inoculation with Malaria". "Journal of Nervous and Mental Disease", New York, L. V., 5., p. 375-389, may, 1922), dando cuenta de los resultados obtenidos por él en cinco casos de P. G. tratados a principios de 1921 según la técnica del profesor vienés, "los primeros en tratarse en este Continente", como así lo reconocen los que después se han ocupado de este asunto.

Decía así, textualmente, el Dr. H. F. DELGADO al finalizar el trabajo a que nos referimos: "Mencionaré, finalmente, un método curativo, análogo al de WAGNER-JAUREGG, empleado desde épocas remotas en una localidad del Perú. Me refiero al tratamiento de la "uta" (leishmaniasis de la piel y de la mucosas) "por la malaria", en un lugar denominado "Tem-bladera". Se le llama así, seguramente, por ser la malaria endémica en aquel lugar. A "Tembladera" ocurren los enfermos de "uta", procedentes de varios pueblos del Departamento.

Los doctores H. A. BUNKER y G. H. KIRBY, de New York, al comentar estas aseveraciones, en un artículo publicado por "The Jour. of the Amer. Med. Ass.", aun cuando parecen aceptar el hecho con alguna reserva, reconocen que, "si ello es cierto, esta costumbre de los aborígenes peruanos presenta una gran analogía con el tratamiento de la parálisis general por

la malaria en lo que se refiere a los efectos del estado febril sobre la infección protozoaria”.

Como estos hechos han sido diversamente comentados y tienen para nosotros un interés a la vez histórico y nacional, vamos a citar algunos que descansan en tradiciones populares cuidadosamente conservadas a través de los años, muchas de las cuales perduran hasta hoy, a despecho del tiempo transcurrido, y figuran entre las prácticas de la medicina popular de los naturales de algunas regiones de nuestro territorio.

Esas tradiciones y esos hechos ponen en evidencia cómo, de un modo empírico, es verdad, y guiados tan sólo por esa intuición ciega pero sabia que la naturaleza otorga aun a los seres de más primitiva mentalidad, realizaban nuestros indígenas de cuatro o cinco centurias atrás, lo que tantos años de estudios, experimentaciones, fracasos y desvelos había de costar a los cultos pueblos de la Vieja Europa y a sus más esclarecidos hombres de ciencia para alcanzarlo, al fin, hoy; confirmándose, así, el viejo adagio de que nada hay de nuevo bajo el sol, de que todo no es sino un eterno y constante retorno de cosas y valores.

No vamos, desde luego, a entrar a detallar las originales y bizarras concepciones que sobre estas leishmaniasis han tenido y aún conservan los indígenas de diversas localidades de nuestro territorio sobre la naturaleza y etiología de la “uta”, a la que también denominan “kceps”, “la llaga” “jucuya”, “tia-araña”, y también “gálico”, probablemente por lo arraigada que está en el espíritu popular la creencia de que todo proceso ulcerativo visible es debido al “mal-gálico” o sífilis.

Para esto, debemos referirnos a la interesante y muy amena obra que con el título “La Medicina Popular Peruana” ha publicado recientemente uno de los más altos exponentes de la Psiquiatría y de la cultura médica nacionales, el doctor Hermilio VALDIZÁN, en colaboración con el doctor Angel MALDONADO. En ella se mencionan los interesantes escritos que sobre el particular nos legaran los doctores UGAZ, BARRANCA y TAMAYO, entre otros; sintiendo, por lo que a nosotros toca, no podernos ocupar aquí de la inmensa labor que acerca de los numerosos problemas relacionados con la etiología, patogenia y tratamiento de la “uta” y “espundia”, han realizado prestigiosos hombres de la medicina nacional, de lo que no podemos dejar de citar a los doctores UGAZ, BARRIOS, AR-

CE, BARTON, GASTIABURÚ, MACKENIE, ALMENARA, MONGE, ESCOMEL, REBAGLIATI, URCIA CAZORLA y tantos otros.

No podríamos precisar la relación que pudo haber existido entre los diversos factores etiológicos, inventados o erróneamente deducidos por la superstición y originales creencias de nuestros indígenas, en lo referente a la uta y las diversas y arbitrarias prácticas curativas que ellos, aún en nuestros días, emplean, y dentro de las cuales figura la acción benéfica de "las tercianas", empíricamente atribuída en el tratamiento de esta afección, tan temida en nuestras serranías por sus habitantes de todos los siglos a causa de las horribles mutilaciones que origina en el rostro. Sin poder resolver este punto, indicaremos, a propósito de las extravagantes versiones sobre el origen de la uta, que en el departamento de La Libertad se incrimina tanto "a un mosquito que crece entre las hojas y flores del heliotropo", como "a la acción de las aguas infectadas"; en Cajamarca, según el Dr. UGAZ, "a picaduras de zancudos venenosos o a mosquitos que han picado culebras muertas"; en Ayacucho, a que "cuando el indio está sediento y baja a beber en los arroyos, se moja la extremidad de la nariz y contrae así la uta; y tantas otras más, que acá no podemos citar.

Pues bien, a propósito de lo que sosteníamos en páginas anteriores sobre el empleo que nuestros aborígenes de otras épocas y los actuales hacían de la piroterapia en el tratamiento de la uta, vamos a mencionar lo que al respecto cuenta el doctor Juan UGAZ en su tesis sobre «La etiología, topografía y tratamiento del Lupus (Uta)», publicada en los «Anales Universitarios» correspondientes al año 1885. En el capítulo segundo, al ocuparse de la topografía de la "uta" (a la que el autor citado confundía, en aquella época, con el "lupus"; probablemente con el "lupus exedens o con el lupus impetiginosus", afección tuberculosa de la piel y mucosas que nada de común tiene con la "uta", cuya etiología es hoy tan bien conocida), de las causas a las que el pueblo atribuía su producción (picadura de zancudos venenosos, inoculación del jugo resinoso del guarango o del antimonio que se levanta del suelo seco y caliente de las quebradas) y a los medios curativos que empleaban, dice en un párrafo que a la letra copiamos por el interés que tiene el constatar cómo coloca al final de él, sin concederle mayor importancia y como algo de práctica corriente y vulgar, lo referente a la acción de los procesos supurativos y reacciones febriles; lo que es una

prueba más de que aquello de su empleo no sólo era y es actualmente exacto, sino hasta algo rutinario y frecuente. Dice así el párrafo a que hacemos referencia: "Pero como "quien da la llaga, da la medicina", la Providencia les ha dado remedios para curarse. Estos consisten: 1º, en una pasta compuesta de agua y pólvora de cohetes; 2º, en el látex de un sinnúmero de euforbiáceas (vulgo, lecheras) que crecen en esas ásperas laderas; muchas ranunculáceas y compuestas (centellas), el parásito del nopal (la cochinilla) con ajos, kerosene, tuple (*accnistus agregatus*), ají, jabón, crines fermentados, etc.; y 3º, con el predilecto Ungüento Hollaway's "y, accidentalmente, con una fiebre viruela, con una erupción de piques, un acceso de intermitentes, enfermedades todas que tanto abundan en las calurosas regiones de los Andes tropicales".

Como se ve, pues, no podía ser más corriente el empleo de la acción termógena. Y a ella recurrían, en el deseo de aliviar los efectos de tan desagradable enfermedad como es la "uta", aguardando unas veces la contaminación accidental de procesos febriles, pero provocándola en la mayoría de los casos, para lo cual recurrían á la reacción febril originada por la supuración e infección que tenía que seguir a aquella peligrosa "erupción de piques" y, principalmente, a las frecuentes y elevadas reacciones térmicas producidas por "un acceso de intermitentes" (fiebres palúdicas); para lo cual no tenían sino que acudir a los numerosos puquiales y pantanos, tan frecuentes en regiones tropicales y en las quebradas de la cordillera donde las lluvias son abundantes.

El mismo autor, en el párrafo terminal de su trabajo, confirma plenamente lo que hemos expuesto cuando dice: "Mencionaré, por fin, por ser observación vulgar y corriente, que una erupción de piques (*pulex penetrans*), una viruela, una fiebre intermitente, han provocado curaciones definitivas." Y en una nota marginal, concluye: "He visto y recogido en el distrito de Santa Cruz, las historias clínicas de "luposos" (quiere decir "utosos") que han curado completamente con una erupción de piques, una viruela, una fiebre intermitente, revelando el "antagonismo" que existe realmente entre los parásitos de éstas y aquella enfermedad."

Por su parte, el Dr. VALDIZÁN, en su obra antes citada, indica cómo el folklore de la provincia de Huarochiri, donde la uta está considerablemente extendida, comprueba tam-

bién como hecho indiscutible el antagonismo existente entre la uta y las reacciones febriles intensas, e indica que se tiene allí absoluta fe en que estas reacciones febriles constituyen el medio curativo más eficaz en el tratamiento de la uta, principalmente cuando la enfermedad está en sus comienzos; para conseguir lo cual, los utosos se trasladan a San Mateo o a San Bartolomé tan luego comprueban la naturaleza de su mal, a fin de verse atacados por aquellas "tercias curativas" que tanto abundan en esas quebradas. Y como ellos, por ignorar el verdadero origen de transmisión de la malaria, inculpan de esto a la fruta verde, ingieren de ella las mayores cantidades que les es posible tolerar.

Otro hecho, en extremo sugestivo, es aquel a que alude también el Dr. VALDIZÁN en el capítulo dedicado á las prácticas populares curativas de las enfermedades venéreas. Queda allí una vez más demostrado cómo la piroterapia era practicada entre nosotros desde tiempo inmemorial; verdad que en un modo absolutamente empírico y sin que de su mecanismo de acción se tuviera la noción más remota. Nos cuenta el autor cómo la inmensa mayoría de los medicamentos recomendados en el tratamiento de la sífilis, estaba constituida por diuteréticos enérgicos; por lo cual el departamento de Piura, que es uno de los más cálidos que poseemos, por su proximidad al Ecuador, fué en la época colonial la verdadera Meca de nuestras pobres víctimas del espiroquete de SCHAUDIN. Hacia allá era el éxodo de todos los sífilíticos peruanos, los que, a través de toda la época colonial y aún durante los primeros años de vida republicana, recurrían, para alivio de su mal, no sólo a las torrideces de aquel clima, sino que, cumpliendo las ordenanzas de las numerosas curanderas establecidas en el lugar, se daban diariamente sendos baños de arena, para lo cual, desnudos, sumergíanse, hasta el cuello, en la quemante arena calentada por los rayos solares. Esto producía una abundantísima sudación, a la cual atribuían los éxitos curativos. Como se ve, invertían los valores, y la acción benéfica se la atribuían no a la acción del calor sobre el germen de la enfermedad, sino a la transpiración que todo calor excesivo origina.

Debemos, sin embargo, reconocer que tan originales procedimientos curativos de nuestros indígenas, verdaderos precursores de la técnica de W. J., tuvieron a mediados del siglo XVI, en Europa, involuntario imitador en la sugestiva personalidad de Benvenuto CELLINI, "el florentino admirable"

de que nos habla el DR. VALDIZÁN al relatarnos el interesante y raro caso de "demencia paralítica sin demencia", tratado por él con éxito notable según la técnica de W. J. y al cual hemos hecho mención en páginas anteriores. De aquel relato se desprende que viéndose aquel personaje invadido por el "morbo gálico" que no tardó en cubrirle todo el cuerpo "de ciertas vejiguitas rejas y tamaños como ochavos", que él mismo, contrariando la opinión de sus médicos, calificó de "mal francés" (sífilis), y no hallando ningún alivio con las medicinas que los galenos prescribíanle, resolvióse por último "a tomar el leño" (leño santo o guayaco). Y refiere el mismo CELLINI—narrando su "vida"—que para reponerse de la gran debilidad en que se hallaba, dedicóse al placer de la caza con escopeta, lo que lo obligaba "a caminar con agua y con viento y estar por los pantanos" por lo que en breves días adquirió "un mal cien veces mayor (paludismo) que aquel que antes tuviera". Volvióse a poner en manos de médicos "quienes medicinándole de continuo, siempre lo empeoraban", y para combatir la fiebre que sentía volvió a tomar el leño contra la voluntad de sus médicos y a los pocos días "quitósele de encima la fiebre", comenzando a observar "grandísimo alivio" y mientras tomó de dicho leño "adelantaba siempre en los modelos de aquella obra". Y concluye diciendo que "en esa abstinencia hizo las más bellas cosas y las más raras invenciones que jamás hiciera en su vida"; lo que demuestra el notable alivio que experimentó, no por haber tomado de aquel "leño" al que CELLINI atribuía tan notables propiedades curativas, sino a los accesos febriles intensos que sufrió a poco de "estar por los pantanos". Y como opinan los doctores VALDIZÁN y H. DELGADO al interpretar tan sugestivos hechos, comprobada "la no especificidad" tanto "antimélica", como "antimalárica" de aquellos leños americanos, hay que concluir que el bienestar de CELLINI se debió a la benéfica influencia de los accesos palúdicos sobre su sífilis. Lo cual demuestra, no sólo lo remoto del origen de la piroterapia, sino la eficacia manifiesta de la misma.

Ya sabemos cómo estos métodos empíricos e inconscientemente practicados, tienen hoy una amplia aplicación terapéutica y son numerosas afecciones que en la actualidad se trata por la acción del calor bajo diversas formas y cuya selección e intensidad son científicamente controladas. En su interesante «Tratado de Terapéutica Aplicada», el Dr. KRAUSE, de la Universidad de Bonn, al referirse a las indicaciones

de los baños de incandescencia, nos dice que "resumidas en breves términos, estas indicaciones existen, lo mismo que las de los baños de vapor o de aire caliente, cuando quiere obtenerse una cura de sudación, es decir, cuando se trata de excitar la circulación y de producir una hiperemia cutánea y una diaforesis, y con ellas la desviación de la sangre de los órganos internos". Y después de enumerar una serie de afecciones que son tratadas por este sistema de aplicación del calor, nos dice entre otras cosas de relativo interés, que se emplea también "en la malaria crónica y en la sífilis" (para "obtener la eliminación de sustancias tóxicas y de productos metabólicos patológicos"); en el raquitismo, en la escrofulosis y en la tuberculosis, para estimular la actividad cutánea; y en la "forunculosis", para producir la "hiperemia de las capas profundas de la piel" (H. RIEDER).

Aún cuando ni en este ni en otros muchos tratados modernos de terapéutica se menciona la acción de las altas temperaturas sobre la vitalidad de las leishmanias o de los espiroquetes, contiene sin embargo datos de interés en lo que se refiere a los efectos esterilizantes o fagocitarios de la hiperemia de las capas profundas de la piel en infecciones a gérmenes conocidos como es la forunculosis, y en el poder de eliminación de los productos metabólicos patológicos de la sífilis; sobre todo lo cual insistiremos en el próximo capítulo. Citamos estos párrafos simplemente porque ellos demuestran el fondo de verdad científica que en medio de su ciego empirismo, tenían los procedimientos curativos populares de que nos estamos ocupando, y también porque ellos empiezan a indicarnos el "largo camino de varios siglos seguidos por la piroterapia" hasta alcanzar tan sugestivos resultados como los obtenidos por WAGNER-JAUREGG.

Acabamos de ver cómo dentro de los recursos de la terapia moderna, en lo que concierne a las diversas aplicaciones de los agentes físicos, figura la acción de agentes calorígenos (luz incandescentes, vapor de agua) para el tratamiento de diversas enfermedades bacterianas o parasitarias, dentro de las cuales se cuenta la malaria crónica.

Pues bien, según informes recogidos por el Dr. DELGADO que merecen entera fe, entre los que contamos los suministrados por el Dr. Nicolás ANGULO, se infiere que es de práctica corriente que en el distrito de «Pueblo Nuevo» y en «San Juan de los Molinos», del departamento de Ica, los naturales de aquellas localidades empleen deliberadamente los baños

de aire o de vapor caliente con el propósito de combatir aquellas formas de paludismo que no ceden al tratamiento químico más constante y enérgico, lo que es frecuente en esos pueblos en los que la malaria es endémica. Los resultados que así obtienen son manifiestamente favorables.

La práctica que realizan es la siguiente: Después de verificada la destilación del «mosto» (sumo de uvas), pues hay que advertir que aquel es un centro productor de bebidas fermentadas, en los grandes alambiques o «aguardenteras», las que tienen una capacidad de setenta arrobas, cuando aquellas se han enfriado un tanto, al día siguiente de haber cesado el fuego, los naturales penetran al fondo de los alambiques con el fin de limpiar los restos del «mosto», residuos que aún conservan un calor que pasa de los 50°C., pues quedan tan quemantes aquellos residuos que evitan pisarlos poniendo ladrillos. Permanecen allí unos quince minutos hasta dejar limpio el fondo de esas «aguardenteras» que son de cobre. Como consecuencia del calor intenso que soportan, se les produce una hipertemia intensa y una sudación abundante, por lo que, al salir, se les cubre con frasadadas a fin de evitar los peligros de un enfriamiento brusco. Y los naturales afirman, y los hechos así lo comprueban, que después de tres o cuatro de estos baños de aire caliente, curan de sus «tercias» que han resistido a otros tratamientos.

Igualmente, en el pueblo de «Cabana», provincia de Pallasca del departamento de Ancash, la «uta» es endémica en las quebradas vecinas a la población, afectando ambas formas, la cutánea y la mucosa, probablemente por colindar la provincia de Pallasca con la de Huaylas que es, con la de Huarás, el centro más azotado por la uta en aquel departamento, a estar a los numerosos informes, de fuente natural, que sobre el particular existen.

Tienen las gentes del lugar la muy arraigada creencia que cuando sufriendo de la uta les dá el paludismo, la mejoría no se hace esperar. Al efecto y de un modo sistemático, los indígenas en la época de lluvias que corresponde a los meses de febrero, marzo y abril, descienden al fondo de las quebradas del río «Tablachaca», especialmente a la localidad de «Zuncos», provincia de Cajamarca, en la cual la verruga y el paludismo se han hecho endémicos, con el deliberado propósito de cogerlo.

En la misma provincia, en el pueblo de «Corongo» que está en el altiplano, los indígenas que "han sido picados de

uta", bajan a las quebradas de «Pacatqui» donde el paludismo, así como la uta y la verruga, es endémico, con el propósito de "coger las tercianas" persuadidos de que sus deformantes llagas encuentran así alivio; pues casi todos ellos ignoran los efectos igualmente benéficos del tártaro emético o compuestos similares.

Igualmente, en Canta, los indios que tienen la uta, bajan a las quebradas verrucosas y palúdicas de San Bartolomé y Santa Eulalia a fin de obtener la curación de su mal por los efectos de la malaria, muchos de los cuales pagan con sus vidas "la curación", debido a que allí se presentan formas malignas de paludismo.

Mencionaremos, finalmente, los datos suministrados por el Dr. ANTÚNEZ, de «Aija», departamento de Ancash. Ha observado hace algún tiempo que los indios que contraen la uta en aquella localidad bajan a la quebrada de «Huamba», en la provincia de Huarmey (Hacienda Gildemeister), para contraer el paludismo, teniendo la creencia de así curar de la uta. Estas observaciones que fueron realizadas hace años, han sido posteriormente confirmadas por el Sr. Guillermo ANTÚNEZ, estudiante de Medicina y natural de aquella localidad.

Terminaremos estas informaciones recogidas por el Dr. Honorio F. DELGADO, citando lo referente a las costumbres de los naturales de varias aldeas del departamento de Cajamarca, de trasladarse, cuando se ven "picados por la uta", a una quebrada intensamente palúdica y a la que por tal motivo y desde tiempo inmemorial denominan "Tembladera". Allí acuden verdaderas caravanas de utosos para curar de tan desagradables ulceraciones del rostro, y la tradición refiere, con muy probable fundamento, que después de un corto número de accesos maláricos, las lesiones leishmánías cicatrizan y curan.

Creemos que la serie de casos citados dejan perfectamente establecida una "relación zoológica" más entre la "leishmania" y el "espiroquete de la sífilis"; es esta relación la que hace posible la similitud de resultados obtenidos, empleando diversas agentes termogénicos. Entre nuestros indígenas, en su legítimo afán de librarse de las mutilaciones de la uta, mediante el uso rutinario, ciego, empírico de las contaminaciones maláricas provocadas, en la más completa ignorancia de su mecanismo de acción; y en Europa, en el noble empeño de librar de la muerte a las víctimas de la neurosífilis, ape-

lando, en manos del profesor WAGNER, a los mismos recursos que los usados por nuestros indígenas sin cultura, es decir, a la acción termógena producida por los accesos maláricos.

Unos y otros han llegado a resultados análogos, empleando el mismo agente en enfermedades diversas, debido a la estrecha relación zoológica a que hemos hecho mención. Y esto lo confirma el hecho de que el salvarsán sea un agente curativo tan eficaz para la leishmaniasis como para la sífilis. Esto, salvando las atingencias hechas respecto a la naturaleza de la parálisis general.

Tales son los hechos que hemos logrado reunir en este breve esbozo histórico de la "piroterapia", de tan grande actualidad en Europa y América, hoy que debido a ella se ha logrado no solo el alivio prolongado de los paráliticos generales, considerados hasta ayer como fatalmente perdidos, sino aún su curación definitiva, y cuyo origen parece remontarse como hemos dicho a los lejanos días del imperio incaico.

Queremos en el párrafo final de este capítulo citar siquiera algunos nombres de los que, en el país, han contribuido de algún modo a la difusión de este método de tratamiento, aplicado a diversas formas de neurosífilis y psicosis y muy en especial a la parálisis general progresiva.

Tenemos que mencionar, en primer lugar, al Dr. Honorio F. DELGADO, quien como lo hemos manifestado ya, ha sido el primero en introducir la técnica del profesor WAGNER-JAUREGG no sólo en este país sino en América. El primer intento de piroterapia en medicina mental, entre nosotros, se remonta a 1916. Véase (HONORIO F. DELGADO: "Tratamiento de la manía por el nucleinato de soda". Trabajo hecho en el servicio del Dr. Estanislao PARDO FIGUEROA. "La Reforma Médica". Lima. III. 29. p. 3-5, enero de 1917).

En el deseo de experimentar los resultados que podrían esperarse de la técnica de ROSENBLUM, mediante la inoculación del "spiroquete recurrentis", el Dr. Sebastián LORENTE lo ha ensayado, por primera vez entre nosotros, con resultados muy alentadores. («Revista de Psiquiatría». Vol. IV. N° 3, julio, 1922)

Empleando la técnica de WAGNER, han sido tratados algunos casos por el Dr. VALDIZÁN, siendo uno de los más interesantes, aquel al que nos hemos referido ya, de parálisis general sin síndromes demencial.

Diremos de paso, que si bien es verdad que según lo sostiene PLAUT y STEINER, las reacciones febriles, aparte de sus efectos biológicos sobre el *treponema pallidum*, determinadas por la inoculación del espiroquete *recurrentis*, son mucho más considerables que las que se obtienen con *plasmodium vivax* y que los abscesos febriles son más espaciados, sin embargo, la dificultad de adquisición de este germen en nuestro país por lo esporádico de los casos de fiebre recurrente y la atenuación que experimenta en lugares como Lima, hace que el empleo de la técnica de ROSENBLUM no pueda generalizarse entre nosotros tanto como la de WAGNER JAUREGG, aún empleando el procedimiento del Dr. KAFKA, quien ha logrado conservar vivos por espacio de dos meses suspensiones de espiroquetes *recurrentis*, en solución fisiológica adicionada con clara de huevo.

Debemos manifestar, para concluir, que la gran mayoría de este apreciable material de experimentación proviene del Asilo Colonia de Magdalena, y exclusivamente de las diversas secciones de varones, lo cual demuestra la excesiva preponderancia con que el sexo masculino contribuye a incrementar nuestras estadísticas nosocomiales, en lo referente a la parálisis general. Así lo comprueba el hecho de que en el Pensionado de Mujeres del referido Asilo, en el largo tiempo que lleva de fundado, sólo se hayan presentado dos casos de P. G. con intervalos de algunos años, y esto antes de que la técnica de WAGNER-JAUREGG fuera difundida entre nosotros.

Tal es, a grandes rasgos, la forma con que en el Perú se ha contribuido a la implantación de la "termoterapia biológica" en el tratamiento de la "parálisis general progresiva".

CAPITULO III

El método de Wagner von Jauregg en el tratamiento de la Parálisis General Progresiva

Acabamos de ver en el capítulo precedente lo que acerca de los usos y orígenes de la termoterapia habíase realizado en América por los pobladores del antiguo Perú en su lucha contra la enfermedad protozoaria autóctona, la uta, leishmaniasis tropical. Aquellos ensayos nunca se refirieron, sin

embargo, a afección algunas del encéfalo ni a trastornos mentales, cuya naturaleza les era absolutamente ignorada. Sólo de un modo muy indirecto podían aquellas prácticas referirse a las principales manifestaciones de la sífilis nerviosa.

Nos toca, en consecuencia, ocuparnos ahora de todo lo referente al "tratamiento" de la "neurosífilis" y muy en especial al de la "parálisis general".

Estando siempre los procedimientos y recursos terapéuticos en armonía con los conceptos etiológicos que sobre una enfermedad dada se tiene, hay que considerar dos períodos en lo referente a los diversos medios puestos en práctica en el tratamiento de la parálisis general: uno, anterior a la fecha en que quedó definitivamente establecida la relación entre esta enfermedad y la sífilis, período de empirismos y tanteos, y otro que comienza en 1857, año en que ESMARCH y JESSEN "establecen la relación existente entre parálisis" y "sífilis", doctrina "unicista" que quedaba consagrada, como lo hemos manifestado, un año más tarde por la Sociedad Médico-Psicológica de París, y que se prolonga hasta nuestros días.

Debemos reconocer, sin embargo, que buena parte de los lineamientos generales de los métodos terapéuticos de antes, así como algunos de los fundamentos en que aquellos descansaban, perduran aún hoy y forman parte del tratamiento integral que demanda la demencia paralítica.

Aun cuando de ello nos hemos ocupado en anteriores páginas, indicaremos de paso, por la relación que tiene con las medidas preventivas y terapéuticas que vamos a exponer, cómo las supuestas causas a que antes atribuían la P. G. se agrupaban en dos categorías, comprendiendo unas, las causas de "orden moral", tales como ansiedad mental, trabajo excesivo, contrariedades domésticas, excitación religiosa, problemas amorosos y formas diversas de shock nervioso; mientras que consideraban entre las "causas físicas", los excesos sexuales, la intemperancia, enfermedades venéreas, traumatismos, cambios de vida, herencia y malformaciones congénitas. Y como consecuencia de este modo de considerar el problema, comprendían tan sólo, como ocurre hoy, medidas de orden profiláctico y tratamiento del supuesto agente causal.

Las medidas profilácticas estaban encaminadas a impedir la predisposición hereditaria neuropática mediante la regulación y control de los matrimonios; a inculcar sólidos principios de moral para contrarrestar la influencia de las

predisposiciones individuales; y a la regulación de las horas de reposo, ejercicios y cuestiones sexuales, y en general a todo lo que pudiera significar cavilación o ansiedad.

Una vez constituída la parálisis, las medidas terapéuticas que se ponían en práctica eran tan numerosas y variadas como lo eran los supuestos factores causales de la enfermedad y comprendían, a parte de los cuidados, alimentación y vigilancia del enfermo, los siguientes sistemas, recomendados en su mayoría por autores franceses: sangrías y aplicación de sanguijuelas en los casos recientes y en los estados apopléticos; vejigatorios a la cabeza y dorso en los casos agudos; cauterizaciones repetidas en la cabeza y dorso, según la naturaleza de los síntomas predominantes, en particular en los casos de meningitis espinal sub-aguda; baños fríos; hielo a la cabeza de modo sistemático y en especial en los estados congestivos; balneoterapia prolongada a la temperatura del cuerpo; sinapismos en las extremidades inferiores y pediluvios calientes para evitar las reacciones inflamatorias y los ataques apoplejiformes; purgantes y enemas en los casos de depresión mental; aplicaciones de corrientes galvánicas en la región cervical de la médula, en la creencia de que aquello mejoraba los trastornos del lenguaje; aplicaciones mercuriales y administración de yoduro de potasio en los casos conocidos de sífilis; pociones bromuradas en los períodos de excitación, excepto en la faz terminal de la enfermedad: tónicos ferruginosos: ergotina, digitalina, quinina y fisostigmina. Tales los elementos con los que se pretendía combatir los síntomas y complicaciones de la enfermedad, según sugerencias de VOISIN, BONNEFOUS, HITZING-ARNDT, MICKLE y BROWNE, en época anterior al descubrimiento de la verdadera etiología de la P. G.

El otro período, el actual, está marcado por el descubrimiento de SCHAUDIN y por el no menos importante de EHRlich, quien en 1908, después de treinta años de constantes investigaciones, obtuvo notables resultados en el tratamiento de la sífilis experimental, con la arseno-pheniglicina o 418, cuyo éxito alentó al notable experimentador germano hasta alcanzar la confección del salvarsán o 606, famoso compuesto que le hizo célebre; y también por los interesantes hallazgos y experimentaciones de NOGUCHI, NEISSER, MOORE, MARRIE, LEVADITI, WILLE, BAUCHOROSKI y otros, los que, por lo menos, tuvieron la virtud de demostrar el origen sífilítico de la P. G.

Refrámosno, pues, ahora a los diversos procedimientos

terapéuticos modernos. Estos comprenden, y así acertadamente lo resume LEWIS, sistema de "tratamiento endovenoso" intensivo, que ha probado ser infructuoso aun a dosis elevadas de 914: WEICHBROADT ha llegado a usar, sin efecto, la dosis brutal de 4 grs. de salvarsán (1 gr. Silbersalvarsán). El arsenobenzol más activo, el "Albert 102", parece no tener gran eficacia en la metasífilis; cuando más, apenas es más ventajoso que el 914, al cual aventaja mucho en el tratamiento de la sífilis en sus períodos primario y secundario. (v. HOFFMANN und UHLMANN: "Über die Wirkung des Arsenobenzoles", "Albert 102", "nauf Syphilis". "Deutsche medizinische Wocheuschrift", 1925, LI. 32, p. 1312-14. Aplicación de los mismos compuestos empleando la "vía intrarraquídea", con el propósito de actuar más directamente sobre los elementos nerviosos comprometidos; procedimientos de "drenaje espinal", introducidos por GILPIN y EARLY en 1916, quienes lo practicaban después de una infección endovenosa de algún compuesto arsenical, procedimiento que ha sido calurosamente defendido por DERCUM en 1920 al criticar, por anticientífico, el método de SWIFT-ELLIS; y por GENNERICH, la delicada práctica de "tratamiento intraventricular", recomendada por ESSICK y MC CUSTER, previa craneotomía y con lo cual, según DUFOUR, se aumenta notablemente la eficacia de los compuestos inyectables en la sífilis cerebral, a pesar de que SCHROEDER y HELWEG tratando nueve casos de P. G. por este procedimiento han obtenido resultados muy poco satisfactorios; y, finalmente, el empleo de "agentes termogénicos", de elementos productores de reacciones febriles más o menos intensas.

Es de este último grupo del que nos vamos a ocupar de modo especial. Su empleo en el tratamiento de la parálisis general ha surgido y se ha impuesto al evidenciarse la ineficacia de métodos anteriormente mencionados. Sabemos las severas críticas que, a pesar de su originalidad, ha merecido el procedimiento SWIFT-ELLIS para tratar la P. G. por inyecciones intradurales de suero salvarsanizado (auto-serosalvarnización), basadas aquellas en lo reducido de la cantidad de arsénico dosable contenida en el suero que se extrae una hora después de la inyección de neo-arsfenamina para ser inyectado por vía intrarraquídea. Y la inactividad de este procedimiento se debe no sólo a la razón que acabamos de exponer, sino y principalmente a la expuesta por DERCUM en su monografía sobre "Las funciones del Líquido Cerebro-

espinal" (The Functions of the Cerebro-espinal Fluid, with a Special Consideration of Spinal Drainage and of Intraspinal Infections of Arspenamized Serum), en la cual indica que los intentos de medicación del cerebro y médula a través del espacio sub-aracnoideo carecen de fundamentos científicos sólidos, toda vez que las sustancias introducidas en el líquido cerebro-espinal desaparecen rápidamente por su salida a través de las vellosidades aracnoideas y espacios linfáticos, sin que por esta razón, aún las cantidades más pequeñas, logren penetrar en el parénquima nervioso. De consiguiente, según el autor nombrado, las mejorías observadas en casos tratados por el procedimiento SWIFT-ELLIS y otros análogos, se deben no al método en sí, sino al drenaje ocasional que su aplicación determina.

Esta última objeción es severo golpe dado a las pretensiones de los métodos no sólo endovenosos sino aun a los intrarraquídeos en las afecciones sífilíticas del neuroeje. De allí la infructuosidad de los esfuerzos de MARINESCO y de OGILVIE, quienes para aumentar las cantidades de arsénico que se lograba introducir en el líquido céfalo-raquídeo por el sistema del auto suero, añaden neo-salvarsán al suero, in vitro antes de la inyección intra-espinal. A la misma conclusión han llegado LAFORA y PRADOS, quienes experimentalmente han demostrado la ineficacia de la terapéutica intrarraquídea e intraventricular en las espiroquetosis meningo-encefálicas, debido a la impermeabilidad de las capas superficiales de la corteza cerebral, por lo menos mientras no se encuentre un cuerpo de gran índice quimioterápico y de gran difusibilidad.

Fundándose en que los beneficios derivados del drenaje del líquido cerebro-espinal son debidos al notable aumento de irrigación encéfalo-medular que sobreviene inmediatamente después de todo drenaje rápido a causa de la descompresión que aquel origina, lo que mejora la nutrición de los centros nerviosos y facilita el pasaje de los compuestos arsenicales y mercuriales contenidos en el suero hacia el parénquima nervioso, ha ensayado KOLMER («A Method for Treatment of Neurosyphilis») un procedimiento combinado de mercurio y arsénico por vía intrarraquídea; el cual, sin embargo, según experimentos de STOKES y OSBORNE no presenta ninguna ventaja sobre el tratamiento endovenoso usualmente empleado.

Según MILIAN («Paris Médicale», marzo 4, 1922), son

marcados los beneficios derivados del empleo de los compuestos bismutados en los casos de sífilis nerviosa que se muestran resistentes a la acción del arsénico, indicando dos casos de sífilis meníngea mejorados por el empleo del bismuto por vía intrarraquídea (suero bismutado), y dos casos de P. G. cuyo estado mental evolucionó favorablemente.

Sin embargo, LAFORA, coincidiendo con las opiniones de LEVADITI, MARIE y FOUCARDE, sostiene el fracaso del bismuto así administrado en los casos de parálisis general, debido a su falta de filtración del suero sanguíneo al líquido céfalo raquídeo; siendo esto aplicable aun a los recientes compuestos de tártaro-bismutato de potasio y sodio.

Por esta razón los autores nombrados y muchos más, consideran que el problema terapéutico de la parálisis general está aún sin resolverse o por lo menos, en su principio.

Esto es exacto cuando no se considera el último grupo de elementos curativos modernos a los que nos referíamos al comenzar este capítulo.

Acabamos de ver, en esta breve reseña la ineficacia casi absoluta de los procedimientos terapéuticos más audaces puestos en práctica para lograr llevar a la intimidad misma de los tejidos nerviosos los elementos que en el suero o en pleno líquido céfalo-raquídeo se inyectan, para combatir la neurosífilis y en especial, la parálisis general.

Vamos a ocuparnos ahora "de los agentes termogénéticos", cuya aplicación al tratamiento de la P. G. ha sido iniciada en Europa por WAGNER-JAUREGG y poco después, en América, por Honorio F. DELGADO, nuestro distinguido psico-analista, neurólogo y psiquiatra.

Como lo hemos manifestado, reposa este tratamiento en la antigua observación de que las supuraciones e infecciones modifican favorablemente el curso de algunas psicosis, así como también procesos ulcerosos de origen leishmaniásico; observación que se remonta a los tiempos de HIPÓCRATES cuya aplicación había sido deliberadamente buscada ya entre nosotros, probablemente desde los albores del imperio incaico.

Estos elementos pueden agruparse así: "toxalbuminas", en las que quedan incluídas "la tuberculina", que tanta aplicación ha tenido en los comienzos de las experiencias de WAGNER, "las virus vacunas sensibilizadas de BESREDKA" usada también por W. J., y diversos gérmenes originadores de procesos supurativos, tales como el estafilococo y el estreptococo, "substancias químicas" cuya administración determina

reacciones febriles, tales como el "nucleinato de sodio" (1), al que aún se recurre hoy en determinados casos; y finalmente, "enfermedades agudas" a ciclo conocido, como la malaria y la fiebre recurrente. Sobre este último grupo, el más importante de todos, insistiremos por ser a él al que hubo de recurrir WAGNER JAUREGG cuando, a partir del año 1887, comenzó a poner en práctica todos los elementos termogénéticos usables.

Fué efectivamente la constatación, personalmente realizada por el profesor WAGNER VON JAUREGG, de que no pocas psicosis curan debido a enfermedades infecciosas intercurrentes lo que lo determinó, en 1887, a proponer la repetición intencional de los hechos que la naturaleza realizaba incidentalmente.

Y como desde aquella época venía observando la tendencia a mejorar que algunos de sus paráliticos generales experimentaban a raíz de alguna enfermedad infecciosa ocasionalmente contraída o después de haber pasado por algún proceso supurativo agudo, bastante frecuente en los asilados, trató de reproducir artificial y experimentalmente estos estados febriles a fin de poder mejor estudiar y controlar sus efectos sobre la remisión de algunos síntomas de sus paráliticos generales.

Parece que desde sus primeros ensayos, el profesor WAGNER, sugirió la conveniencia de las inoculaciones del parásito de la malaria por la circunstancia favorable de ser fácilmente transmisible al enfermo y sin mayores riesgos para él. Sin embargo, aquello no pasó de una simple sugerencia, pues como en aquellos días (1895) Roberto KOCH había hecho conocer ya su "tuberculina", WAGNER aprovechando que la inoculación de aquel producto es seguida de reacción febril y de un cuadro clínico muy semejante al de las enfermedades infecciosas, determinó ensayarlo en un número reducido de paráliticos generales.

Pudo comprobar que en los enfermos así tratados la supervivencia era mayor que la de los no tratados, presentando remisiones notablemente duraderas. Confirmada la eficacia de la tuberculina, aumentó la dosis que originalmente era de 0,1 gr. a 0,5 y 1 gr., asociándola al tratamiento mercurial por el que siempre mostró WAGNER gran predilección.

Certificando la eficacia de su procedimiento curativo re-

(1) Método de FISCHER para el tratamiento de la neurosífilis.

fiere el mismo WAGNER que varios de los enfermos que sirvieron de base al establecimiento de aquel método y de los cuales diera cuenta al Congreso Médico de Budapest, en 1909, se hallaban aún en 1921 gozando de completa actitud para el trabajo.

Por su parte, PILCZ contestó personalmente los resultados favorables que WAGNER había obtenido sobre 69 paráliticos tomados al azar y tratados con tuberculina en los años 1900 y 1901; y trató por su parte 60 paráliticos mejorando en ciertos puntos la técnica seguida por WAGNER. Todo lo cual determinó que la tuberculina fuera introducida en la práctica de la parálisis general progresiva, siempre asociada a la administración de mercurio y yoduros.

A título de simple información recordaremos que la dosis diaria inicial empleada por WAGNER era de 1 milígramo, la que según la intensidad de la reacción era aumentada hasta 5 y 10 miligramos, inyectados en la región escapular con intervalos de tres a cuatro días. Las temperaturas alcanzadas oscilaban entre 37,5° y 39°, hasta administrar en total 1 gramo de "tuberculina", lo que se conseguía en diez o quince inyecciones.

Mediante este procedimiento, WAGNER y PILCZ trataron numerosos casos entre los años 1907 a 1913, a parte de los tratados anteriormente, asociando a esto el tratamiento antisifilítico mercurio-yodurado.

A pesar, sin embargo, de los buenos resultados generales obtenidos con la tuberculina, la frecuencia de las recidivas determinó al profesor WAGNER a buscar un medio más eficaz y cuyos efectos fueran más durables, condiciones que halló en la tifo-vacuna de BESREDKA. Esta, administrada por vía endovenosa, determinaba una reacción febril de más de 39° 0.

Estos ensayos, con tuberculina primero y con tigo-vacuna después, fueron continuados durante varios años. Como durante aquel tiempo pudo WAGNER comprobar que las remisiones más durables y completas se referían a aquellos casos en los que, de modo casual, había intervenido alguna enfermedad infecciosa seria, comprendió que resultados más eficaces se obtendrían cuando se lograra reproducir a voluntad, en el organismo del paralítico, una enfermedad infecciosa real.

Había, en efecto, constatado que todos los procedimientos usados hasta entonces por él y sus seguidores en el tratamiento de la parálisis general progresiva, presentaban el se

rio inconveniente de la fugacidad, inconstancia o diversidad de acción, pues eran pocas las veces en que las muy agotadas defensas del P. G., por la naturaleza misma de su mal, logran sostenerse y soportar las vicisitudes que trae siempre consigo un absceso de fijación, una reacción sérica producida por una sustancia heteróloga, tifo-vacuna, tuberculina o cualquiera otra preparación análoga; elementos estos difícilmente controlables y cuya intensidad y proyecciones son casi imposibles de prever. La terminación fatal de no pocas de estas experiencias y la relatividad de los resultados finales, así lo demostraron.

Había que buscar, entonces, un compuesto químico o mejor, un elemento organizado—protozoo o bacteria—cuya acción piretógena reuniera, a más de las propiedades generales comunes a los otros agentes calorígenos usados en terapéutica, cuya acción fagocitaria, eliminadora y esclerosante es conocida; reuniera, decimos, un cierto número de determinadas condiciones, indispensables al fin que se persigue.

En primer lugar, era necesario hallar un agente cuya acción termógena fuera suficientemente “intensa” como para dejar sentir sus efectos sobre el treponema y neutralizar su acción, lo que permitiría un cierto estado de regresión de los elementos nerviosos comprometidos y un mejoramiento de los síntomas somáticos y mentales que son expresión del desequilibrio humoral, anatómico y funcional causado por aquel.

Pero esta acción no sólo debía ser piretógena, sino también “biológica”, debiendo, en consecuencia, buscarse un organismo vivo, capaz de determinar reacciones humorales de un efecto letal para el treponema.

A más de “intensa”, era necesario que aquella acción fuera “repetida” y “periódica”, a fin de acentuar más y más sus efectos por acción repetida, sin exponer el agotado organismo del enfermo y a su inestable sistema neuro-psíquico a los graves peligros de una reacción febril excesivamente intensa y exageradamente prolongada.

Finalmente, que esta acción, cuya “intensidad” y “periodicidad” debía sernos conocida, fuera, al mismo tiempo, fácil y prontamente “controlable”, de modo que cuando el experimentador juzgara que su acción se había dejado sentir suficientemente como para producir los efectos deseados, pudiera ser detenida en un momento dado.

Este ideal, este desideratum, lo halló WAGNER VON JAU-

REGG, volviendo a sus primitivas consideraciones formuladas en 1887, realizado en un protozoario endoglobular cuyo ciclo evolutivo, agente transmisor, naturaleza y efectos eran ya universalmente conocidos: el "Plasmodium Vivax", hematozoo descubierto por LAVERÁN como agente productor de la malaria a tipo terciana, tan sensible a la acción de las sales de quinina.

Las primeras experiencias concretas, que sirvieron de pilares básicos a esta última y definitiva faz del procedimiento curativo introducido por WAGNER VON JAUREGG en el tratamiento de la parálisis general y que bien pronto había de interesar en una u otra forma a los psiquiatras y neurólogos de más renombre, datan tan sólo del año 1917.

Durante el curso de este año trató a nueve de sus parálisis por la inoculación, a pases sucesivos, de una sola cepa de "plasmodium vivax", proveniente de un soldado malárico, cuya enfermedad fué constatada clínica y microscópicamente. Seis de estos enfermos, el 66%, fueron favorablemente influenciados por el tratamiento, y cuatro años más tarde, en 1922, tres de ellos se hallaban todavía dedicados a sus labores de modo activo y eficiente; hecho jamás constatado antes, pues las breves remisiones que algunos parálisis generales presentaban en el curso de su enfermedad, no eran sino fugaces paréntesis abiertos, breves altos que hacía el P. G. en su marcha fatal e inexorable.

Estimulado WAGNER-JAUREGG por los resultados obtenidos después de treinta años de investigaciones constantes, orientadas siempre hacia un mismo fin, ha continuado, con entusiasmo, por una senda tan brillantemente abierta, habiendo tratado, en el período transcurrido de 1917 a 1924, más de mil casos, inoculados de un parálisis a otro; más de 100 pasajes, desde setiembre 1919 hasta terminar 1924, con "plasmodium vivax" proveniente de un malárico vienes no tratado por la quinina. A consecuencia de haberse retirado espontáneamente la terciana que infectara los 9 primeros casos de 1917, y después de haber resultado "malaratropical" la inoculada nuevamente en 1918, no se inoculó a otros parálisis hasta setiembre de 1919. Desde principios de 1921 se ha usado, además de otra cepa, habiendo alcanzado a fines de 1924, el 85° pasaje humano. Muchos de estos casos, como se verá en el cuadro con que termina este capítulo han tenido remisiones tan completas que equivalen a una curación. Y al respecto dice: "Hemos visto remisiones com-

pletas no sólo en casos de demencia inicial, sino también en estados de excitación maníaca grave con alucinaciones visuales y auditivas, ideas de grandeza, delirio y ataques paralíticos congestivos”.

De acuerdo con lo expuesto por el autor del método y la reciente presentación de conjunto de su asistente el Dr. GERSTMANN, la mejoría observada en los enfermos así tratados continúa de modo progresivo, acentuándose por lo general paulatinamente en un largo período de tiempo; se inicia ora tan luego el tratamiento ha terminado, ora semanas y aún meses después. Esta mejoría se manifiesta por el restablecimiento mental y físico, con el cual vuelven las funciones orgánicas a su potencialidad normal; y las alteraciones del lenguaje, así como los ataques epileptiformes desaparecen, observándose, con la regresión de los síntomas paralíticos una sorprendente mejoría del estado general.

Es de notar, sin embargo, que las reacciones en el suero sanguíneo y en el líquido céfalo raquídeo en este tratamiento sufre modificaciones favorables frecuentemente; existe, sin embargo, una aparente falta de paralelismo entre la importancia y duración de las remisiones y las modificaciones que a consecuencia del tratamiento debe experimentar el líquido céfalo-raquídeo, hecho que ha sido constatado ampliamente por varios autores.

Aun cuando de este punto nos ocuparemos en breve con más detención, diremos desde ahora que la disparidad que algunos pretenden que existe entre las modificaciones serológicas y las del cuadro clínico, es más aparente que real. Así, NONNE, constata la gran frecuencia con que son modificadas las reacciones de las globulinas y de la albumina en el líquido céfalo-raquídeo, y también el WASSERMANN, pero con alguna menor frecuencia. Este hecho lo constatan también PLAUT y STEINER en 22 de 36 casos examinados y tratados por la fiebre recurrente. Por su parte, LAFORA aunque más escéptico al respecto, reconoce que “en ciertos números de casos se comprueba la “coincidencia” de una gran remisión con la normalización persistente de las reacciones de la sangre y líquido”; hecho constatado entre nosotros desde 1920 por el Dr. Honorio F. DELGADO.

Finalmente, WEICHBROADT ha afirmado, recientemente, al computar los resultados de su dilatada experiencia, que si bien es cierto que no siempre hay paralelismo entre las reacciones serológicas y los éxitos clínicos, sin embargo, “las

remisiones muy buenas pierden casi siempre toda reacción positiva".

Aun cuando de la técnica en sí nos proponemos tratar en breve, daremos aquí algunos detalles de la técnica original de WAGNER, la que si bien en sus lineamientos generales es análoga, a la que hoy se sigue, ha sido posteriormente modificada en sus detalles tanto por su propio autor como por sus numerosos imitadores.

El método de inoculación, según refiere el mismo WAGNER, consistía en tomar sangre de la vena de un paralítico en acceso febril, la que era inmediatamente inyectada subcutáneamente en el dorso de otro paralítico, en cantidad que variaba de uno a cuatro centímetros cúbicos. Obtuvo igualmente buenos resultados practicando escarificaciones en el brazo del enfermo, sobre las que no es indispensable tomar la sangre durante el acceso febril, pues ésta se muestra igualmente activa en el intervalo de las crisis.

Los accesos febriles alcanzaban una temperatura de 40° a 41° reproduciéndose todas las etapas de un acceso malarico típico con escalofríos y sudación terminal abundante. Estos accesos se presentaban después de períodos de incubación, que según la experiencia de WAGNER, oscilaba entre 36 días como máximo y 6 días como mínimo. Hoy sabemos que los mayores períodos de incubación corresponden a las inoculaciones que se practican por vía subcutánea, siendo la duración de estos notablemente menor cuando, como sucede en diversas clínicas y en el Asilo de Magdalena, se emplea la vía endovenosa, en cuyo caso la inoculación es de menor duración: 4 a 8 días. En ciertos casos, sin embargo, usando fuerte cantidad de sangre se ha conseguido un período de incubación de sólo dos días.

Por lo demás, estas reacciones febriles, si bien con intensidad atenuada, se presentan con frecuencia durante el período de incubación.

WAGNER ha comprobado que hay enfermos refractarios a las inoculaciones de esta forma artificial, asexuada de *plasmodium vivax*; siendo además esta forma asexuada notablemente sensible a la acción de la quinina, lo que facilita la regulación del número de accesos que se tolera a cada enfermo según las reacciones particulares que presente. Por lo general, WAGNER limitaba este número a ocho o nueve accesos y en algunos casos a diez o doce, siendo éste el promedio habitual.

Cuando las condiciones del enfermo así lo exigían o se deseaba cortar los accesos maláricos, se recurría a la administración de sales de quinina por vía oral, en dosis de medio gramo dos veces por día, prolongándose este tratamiento por una o dos semanas; a pesar de que esta forma de paludismo cede a la segunda o tercera dosis de quinina. Mejores resultados se obtiene actualmente con inyecciones intragláteas de sales neutras de quinina, en especial, el formiato o quinoforno. Este tratamiento químico era asociado, como se practica hoy, al tratamiento arsenical, mediante inyecciones intravenosas de neosalvarsán. La malaria transmitida de enfermo a enfermo tiene en general una mayor sensibilidad a los agentes farmacológicos—Así, por ejemplo, el Dr. DELGADO había observado cómo esta forma de malaria cede al tratamiento con inyecciones de aceite alcanforado, que apenas si modifican el curso del paludismo inoculado por el mosquito—. Por otra parte, tiene otros caracteres biológicos de la mayor importancia; WAGNER recientemente ha señalado la circunstancia especialísima de que el paludismo inoculado artificialmente no se transmite por la intervención del mosquito; no es por consiguiente nada peligroso para la colectividad ambiente. “La malaria inoculada—dicen DATTNER y KAUDERS—no sólo clínicamente sino parasitológicamente, también muestra algunos caracteres esenciales de sus manifestaciones mórbidas nosológicamente diferentes de aquellos de la enfermedad producida naturalmente por la infección de anopheles”.

No intentaremos consignar acá, por lo extenso que ello resultaría, una revisión de los numerosos trabajos realizados al respecto por investigadores de diversos países. Las conclusiones derivadas de las investigaciones más importantes y demostrativas, procuraremos sintetizarlas en un pequeño cuadro estadístico que incluiremos al final de este capítulo.

Citaremos, tan sólo de corrido, algunos conceptos y algunos hechos. Así PILCZ («VON WAGNER's new treatment of Gen Paralysis». «Lancet», 1, 19, jan. 6, 1923) menciona 141 casos tratados en 1919-20, con 51 curaciones completas, 18 aliviados, 57 permanecen en el mismo estado y mueren 15; lo que equivale a casi un 50% de resultados favorables, aparte del 40% cuyo estado permanece estacionario. Hace notar PILCZ que los resultados mejores se observan en los casos de demencia simple y estados maníacos, no así en las formas

maníaco-depresivas (hipocondríacos), no en las reacciones preseniles y catánicas. Observa, además, durante los accesos maláricos, alucinaciones auditivas, delirios de persecución, estados catatónicos y delirantes, todo lo cual rápidamente desaparece bajo la acción de la quinina.

En relación con los fundamentos de esta forma de tratamiento, MATTAUSCHEK y PILCZ han podido colectar las historias de cerca de 5,000 soldados que contrajeron sífilis en el período de 1880-90, 5% de los cuales resultaron paralíticos, y comprobaron que de todos aquellos que durante el primero y segundo años de contraída la sífilis sufrieron de alguna enfermedad infecciosa, febril, malaria, erisipela, etc., ninguno desarrolló posteriormente una parálisis general, e inversamente, ninguno de los que presentaron parálisis ofrecía antecedentes de tales enfermedades.

MATTAUSCHEK y PILCZ, basándose en tales hechos, consideran que la frecuencia de la sífilis y de la parálisis general especialmente en los medios civilizados sería debida a la mengua, en los mismos, de las afecciones febriles, que son, por el contrario, tan frecuentes en los medios aún no civilizados, donde la sífilis y sobre todo la parálisis general son enfermedades raras.

Varios clínicos han constatado el efecto curativo de las fiebres de diversos orígenes sobre la sífilis en sus diversas fases, primaria, secundaria y terciaria, y varios también—señaladamente KYRLE—los que “han aplicado la piroterapia en el tratamiento de la sífilis en general”, logrando, en casos especialmente rehacios a la cura específica sola, “con la cual no se pudo conseguir nunca resultados finales satisfactorios, librar a los enfermos de todo síntoma y hacer negativa la WASSERMANN” (KYRLE: citado por GERSTMANN). Tales éxitos son del mejor augurio para la “profilaxia de la meta-lúes”, como en efecto lo evidencian las investigaciones de BERING, que ratifican las de los autores citados y aquellas de ALMKWIST, BIACH, LUITALEN, R. MÜLLER, SCHERBER, STERN, STÜCKGOL, etc., en oposición a los asertos de ZIRSCHBAUM, que, como otros autores, ha constatado la malaria en la anamnesia de algunos de los paralíticos generales. Recientemente LAFORA toma tal constatación como evidencia en contra de toda posibilidad de acción curativa de la fiebre en la sífilis secundaria. GERSTMANN discute este asunto con muy otro criterio en su obra reciente. Y es que si bien es cierto que se han observado casos de parálisis ge-

neral y de tabes en militares que años antes habían tenido el paludismo en Africa, este hecho aparentemente contradictorio es explicable si se tiene en cuenta que en todo esos casos el paludismo ha sido prontamente diagnosticado y tratado, no dejando, de consiguiente, tiempo para que se produzcan reacciones defensivas e inmunológicas, lo que sólo es posible cuando se permite al enfermo tener una larga serie de accesos febriles.

BERING ha conseguido comprobar serológicamente la "acción favorable del paludismo sobre la sífilis latente", así como en la sífilis secundaria florida y en aquella con síntomas claros del lado del sistema nervioso, donde el éxito clínico también pudo evidenciarlo en forma concluyente, como demuestran sus tablas estadísticas de una población muy considerable de tales enfermos. BERING considera que aquí también—como en el caso de la P. G.—la malaria tiene un éxito curativo tanto más seguro cuanto más precozmente se aplica el método, afirmando, enfáticamente, que en los casos en que fracasa el mercurio y los arsenicales, "la cura de la malaria nos persuade de su superioridad frente a los otros métodos de tratamiento." "La posibilidad y la efectividad de la influencia favorable—dice—es, pues, absolutamente indudable." (Fr. BERING: "Die malariabehandlung im Frühstadium der Syphilis des Zentralnervensystems". "Münchener Medizinische Wochenschrift"; 1923; LXXII, 18; p. 719-722.)

Menos optimista se muestra PAGNIEZ ("Presse Médicale", París; 28 7-92), quien, al referirse a los intentos que tuvieron su origen en Alemania y Austria para detener los fatales progresos de la P. G. por inoculación con malaria o fiebre recurrente, no estima suficientemente convincente el porcentaje de remisiones por él observadas, a pesar de lo cual reconoce el efecto esterilizante que sobre la vitalidad de los espiroquetas de chancros sífilíticos experimentales tienen las altas temperaturas; viéndose obligado a aceptar, de consiguiente, los efectos favorables que en la P. G. tienen las fuertes reacciones febriles determinadas por estas inoculaciones.

GERTSMANN, que presenta el material más abundante—400 casos—y el de más dilatada observación después de la cura—de 2 a 7 años y medio—, señala 33% (132 casos) de remisiones completas y 14,25% (57 casos) de remisiones incompletas, estacionarias. Los casos que ofrecen mayores posibilidades de cura son los llamados iniciales, los de forma maníaca, de demencia simple, de ataques y de taboparálisis

Encambio, aquellos que exhiben una forma galopante de parálisis, los muy avanzados y los pacientes de parálisis infantil-juvenil y senil, ofrecen pocas probabilidades de curación.

El cuadro siguiente de KIRCHSBAUM y KALTEMBACH, corregido por MÜHLENS, es producto de la observación, durante el mismo tiempo (año 1921), de las vicisitudes de dos grupos de paralíticos; uno, de los tratados por la malaria, y otro, de los no tratados, siendo mayor el de estos últimos:

Tratados con malaria:	En libertad con buena remisión:	Remisión incompleta:	No modificados:	Muertos: 8; después de una permanencia de:					
		7		1 mes:	2 meses:	3-7 meses:	15-18 meses:		
65	38	de los cuales puestos en libertad: 3	12	1	1	4	2		
No tratados:	En libertad: 18 (de los cuales mejoraron 7), después de una permanencia de:			No modificados:	Muertos: 33, después de una permanencia de:				
	1 mes:	2-3 meses:	4-11 meses:		1 mes:	2-3 meses:	4-6 meses:	12 meses:	14 meses:
77	8	6	4	26	15	5	6	6	1

En cambio, REDLICH (Viena, 1924) menciona los favorables resultados por él obtenidos con la malaria, cuyos accesos pueden fácilmente ser dominados por la administración de quinina o neo-salvarsán; habiendo observado, como aparentes complicaciones del tratamiento, paraplejía espinal, estados estuporosos o delirantes, neuralgias del trigémino y crisis epileptiformes; todo lo cual, según el autor, son formas enmascaradas, anómalas, de malaria, debidas a granulomatosis cerebral, gliosis y, más frecuentemente, a embolias hematógenas plasmodiales.

MÜHLENS (Hamburgo, 1923), que con WEGGANDT y KIRSCHBANN fueron los primeros en usar el método después de

WAGNER, estudia exhaustivamente los diversos aspectos del tratamiento de la P. G. por las fiebres, resumiendo toda la experiencia acumulada hasta 1923; en otro trabajo, formula atinadas recomendaciones tendientes a evitar dificultades y complicaciones que pueden derivarse de las inoculaciones de malaria o fiebre recurrente a los P. G., aconsejando que el tratamiento sea llevado a cabo en hospitales y establecimientos libres de anofeles, piojos o chinches, a fin de evitar el peligro de inoculaciones inesperadas y enteramente accidentales; debiendo, además, determinarse el grado de tolerancia a la quinina que el paciente ofrezca, antes de ser inoculado con la malaria; siendo, asimismo importante determinar previamente si el donante tiene en realidad una malaria de forma terciaria, a "Plasm. Vivax", y no una malaria trópica a Pl. Malariae, error que importa evitar. Muchas veces, en efecto, la proporción numérica de ambos gérmenes es tan desigual que uno enmascara la presencia del otro.

Wilh. WBYGAND (Hamburgo, 1923-24) defiende entusiastamente este método curativo ante los resultados obtenidos, y lo considera como un gran progreso en el tratamiento de esta enfermedad, y termina diciendo que "hay que agradecer a W. J. por el mejor método de tratamiento que se ha puesto en práctica en la P. G., superior en mucho a todos los ensayos anteriores."

DATEER (Viena, 1924) no sólo considera este método eficaz en el tratamiento de la P. G., sino que lo hace extensivo a las manifestaciones secundarias de la sífilis, y aun a la sífilis latente, citando algunos casos satisfactoriamente tratados; PLEHN (Berlín, 1921-24) (PLEHN: "Die Malariabehandlung der progresiven Paralyse" "Deutsche medizinische Wochenschrift", 1924, L. 5, p. 136-138), si bien admitía la mejoría de los desórdenes mentales, manifestando en 1921 el mayor escepticismo, admite después que $\frac{1}{3}$ de los casos de P. G., así tratados, remiten completamente, otro tercio mejora y en el tercero no ha observado cambios somáticos de importancia. En especial, se mostraba pesimista en lo referente a las reacciones pupilares (lo que sí ha sido comprobado entre nosotros); deducía entonces de allí—error del que se muestra arrepentido—la ineficacia del método W. J. en la sífilis cerebro espinal y en la tabes dorsalis.

Entre los investigadores ingleses que se han ocupado del particular cabe mencionar los siguientes: MAC ALISTER, («Treat. of G. P. by infection with Malaria». Brit. Med. Jour.,

oct. 20, 1923), quien observó marcada mejoría y curación en cinco de nueve casos tratados, sin resultar para ninguno perjudicial el tratamiento; GRANT (id. id. id.), trata cuarenta casos durante 14 meses, pero tan sólo obtiene, tal vez por error de técnica, tres curaciones y cinco remisiones; PURVES-STEWART (id. id., march 22, 1924) usan con éxito un método combinado por el cual los casos recientes fueron seleccionados y tratados por el método WAGNER-JAUREGG, después de lo cual aplicaban a los enfermos una inyección semanal de neo o silver-salvarsán; terminando el tratamiento arsenical extraen suficiente cantidad de sangre de los paralíticos tratados para preparar con ella suero autógeno, que es inyectado en el espacio sub-aracnoideo, en la cisterna magna y techo del cuarto ventrículo, de acuerdo con la técnica WEGEFORTH, AYER y ESSICK. Además de todo esto, administran mercurio diariamente por vía oral. Este tratamiento se continúa hasta la completa desaparición de los síntomas físicos y mentales, pretendiendo además la modificación bioquímica del líquido céfalo-raquídeo. En nuestra opinión, nos parece este procedimiento demasiado traumatizante para el enfermo, del cual exige una absoluta integridad del sistema cardio reno-vascular, sin lo cual no podrá soportar la rudeza de aquel tratamiento.

En los Estados Unidos, una de las experiencias más vastas que sobre el particular se han realizado, se expresan y resumen en un interesante trabajo del Dr. NOLAN LEWIS, del "staff" del St. Elizabeth's Hospital de Washington. Se refiere en él LEWIS, a las enseñanzas recogidas personalmente en uno de los mejores y más grandes hospitales destinados a enfermedades mentales. Las cifras que van a continuación revelan la magnitud e importancia demostrativa de las experiencias allí realizadas, las que por los especiales recursos y facilidades con que en aquel centro se cuenta, constituyen la mejor confirmación de la eficacia del método WAGNER-JAUREGG y de lo mucho que de él se debe esperar en el tratamiento de la P. G.

De un total de 1600 presuntos paralíticos generales, fueron seleccionados 1558 perfectamente diagnosticados como tales. Estos ingresaron, por término medio, a la edad de 35 a 39 años, de ambos sexos, la mitad de los cuales eran casados. De los 1558 casos, sólo quedaba en el hospital, en la época de la recopilación de estos datos, tan sólo un 9 %. Casi el 75 % habían fallecido en el hospital o después de su sa-

lida. Del 14 % que fueron dados de alta, un 6 % fueron considerados como incurables; 6.9 % como aliviados y tan sólo 0.57 % salieron como curados. Lo que corresponde a "nueve curaciones", ocho hombres y una mujer, "sobre un total de 1558 paralíticos generales"!..... Todos ellos, a excepción de los nueve considerados como "curados", fallecieron, la mayoría entre el 3º y 4º año de su ingreso en el hospital.

Cifras son éstas atterradoramente elocuentes y que solas dicen de la desesperante impotencia de todos los medios terapéuticos puestos en práctica en el tratamiento de los P. G. antes de que WAGNER-JAUREGG nos impusiera, con la fuerza convincente de los resultados, el método que lleva su nombre.

"Conviene indicar que LEWIS y sus colaboradores seleccionaron sus 1558 P. G., del enorme total de 26,500 alienados" admitidos en el mencionado establecimiento a partir del año 1886, y en cuyo tratamiento pre-wagneriano, se puso todo el esmero y dedicación que la competencia del personal y los medios de que ese gran hospital dispone, lo permitían. Y sin embargo, de 1558 P. G. perfectamente diagnosticados, fallecían, a pesar de todos los cuidados 1549, salvando sólo el insignificante margen de 0.57 %, es decir, uno entre cada doscientos fallecidos.

Insistimos sobre estos datos, porque ellos forman un doloroso contraste con las cifras halagadoras que van a continuación y que se refieren a los resultados obtenidos en el mismo hospital por el mencionado Dr. LEWIS, asesorado por cuatro psiquiatras, siguiendo esta vez la técnica de WAGNER-JAUREGG.

Este fué puesto en práctica en 68 P. G. esmeradamente seleccionados, nueve de los cuales se mostraron absolutamente refractarios a la inoculación malárica. Sobre los 51 enfermos restantes, se obtuvo el resultado siguiente: 16 experimentaron "remisión completa", es decir, desaparición de todos los síntomas que caracterizan a la enfermedad en la esfera mental, física y aun modificación manifiesta de las reacciones serológicas; 19 obtuvieron apreciable alivio; 12 se resentieron de la aplicación del tratamiento, por insuficiencia hético-renal, y hubo de suspenderlo; 13 fallecieron, y los 8 restantes fueron prematuramente retirados del hospital sin que se lograra saber más de ellos.

Ahora bien; si a las 16 curaciones, pues esto es lo que significa una remisión completa y continuada, se añaden los 19 casos aliviados, cuyo estado físico y mental mejoró a conse-

cuencia del nuevo tratamiento, tendremos que de los 51 enfermos tratados, 35 se beneficiaron con éste método lo que equivale, sin contar los 8 prematuramente retirados, a un 70% de enfermos directamente beneficiados con el tratamiento, incluyendo el 30 por ciento de curaciones.

Estos resultados son altamente alentadores e invitan, como efectivamente ha ocurrido, a la prosecución de estos experimentos.

Ha llegado el momento, después de esta rápida ojeada con que hemos querido compulsar de corrido lo hecho hasta la fecha sobre el particular en clínicas europeas y norteamericanas, de referirme a lo realizado entre nosotros sobre el tema que nos ocupa.

Intencionalmente he silenciado hasta ahora el nombre de quien más intensa y pacientemente ha laborado, no sólo entre nosotros, sino tal vez en toda la América del Sur, por la suerte de nuestros paralíticos generales, y no creemos equivocarnos al afirmar que ha sido él el primero en introducir en este lado del Continente americano, el procedimiento del ilustre profesor vienés.

Nos referimos al doctor Honorio F. DELGADO, sobre cuyos experimentos llevados a cabo en el Asilo Colonia "Víctor Larco Herrera", versa y se apoya el presente trabajo.

Los casos allí tratados, cuyo número tiene que estar en relación con el modesto volúmen de nuestra población nosocomial, algunos de los cuales son de enorme interés tanto por la nitidez del cuadro clínico cuanto por lo concluyente de los resultados obtenidos mediante este sistema de tratamiento, serán expuestos en breve. Pero antes y a fin de no vernos obligados a hacer frecuentes anotaciones aclaratorias, necesariamente fatigosas, vamos a exponer en pocas palabras en qué consiste el método de WAGNER-JAUREGG y la técnica que acá, en el Asilo Colonia, ha seguido el doctor Honorio F. DELGADO y sus entusiastas colaboradores, entre los cuales estamos obligados a mencionar al doctor Hermilio VALDIZÁN, Médico Jefe de aquel establecimiento.

Al respecto expondremos: 1º los fundamentos en los que descansa este procedimiento; 2º, la técnica precisa que hay que seguir en cada caso y el número de accesos necesarios a la esterilización espiroquetónica; 3º las complicaciones y ac-

cidentes que en determinados casos suelen seguir a la inoculación del *Plasmodium Vivax*, y circunstancias especiales que explican y dentro de las cuales se originan estas complicaciones; 4º resultados favorables que se obtienen por este método y efectos modificadores que se manifiestan en la "esfera mental, física y serológica" de los P. G. tratados, con algunas referencias respecto a las "modificaciones que el tratamiento imprime a la histopatología de la parálisis general; 5º ventajas que la acción pirogénica a *Plasm. Vivax* presenta sobre todos los otros elementos termogénicos; y 6º, resultados generales obtenidos entre nosotros.

Hemos manifestado ya los fundamentos en los que descansa este procedimiento: el método en cuestión se funda principalmente en la acción esterilizante que sobre ciertas variedades de protozoarios (*leishmanias espiroquetas*), tienen las altas temperaturas. De allí que, como lo hemos expuesto anteriormente, se haya recurrido para realizar tal fin a "substancias químicas", en especial al nucleinato de sodio y al phlogetán, que es una mezcla de diversos productos procedentes de la desintegración de determinadas substancias albuminoideas; a "toxos-albúminas, tales como la tuberculina; "a virus-vacunus" sensibilizadas a infecciones locales a gérmenes piógenos; y final y principalmente, a la "inoculación de enfermedades agudas, entre ellas la malaria y la fiebre recurrente, en las cuales a la acción termógena se une la muy importante acción del "antagonismo biológico". Expusimos, además, las razones clínicas y de sencillez de técnica que obligaban a elegir para el tratamiento de la parálisis progresiva, la inoculación de "*plasmodium vivax*", de preferencia a los otros agentes mencionados.

Concretémonos, pues, ahora a exponer "la técnica" a seguir. Consiste ésta en inyectar al enfermo que va a ser tratado, 2 a 4 cm. cúbicos de sangre de un sujeto afecto de paludismo a tipo terciana. El sistema de inoculación varía según los autores, siendo la vía subcutánea la más generalmente adoptada. "La inoculación intravenosa", que es la que casi de modo exclusivo se emplea en Norte América, por BUNKER y KIRBY, entre otros, no parece según los autores europeos, tener superioridad manifiesta sobre la "inoculación subcutánea". Manifestaremos de paso que es esta última la

vía adoptada más frecuentemente entre nosotros, por las mayores seguridades que ofrece, en especial, cuando hay que tratar con enfermos en período de agitación. Reconocemos, sin embargo, que la inoculación intravenosa, aparte de no tener inconvenientes serios, posee, en cambio, la ventaja de ser una inoculación más directa y de tener un período de incubación notablemente más corto y uniforme que el que se obtiene empleando la vía subcutánea; siempre que se use con discreción y convenientemente citratada, pues CRUCHET ha señalado un caso de muerte a consecuencia de la inyección endovenosa de 3 c. c. de sangre ajena. Esta "incubación" es de sólo tres a siete días, a veces sólo dos, en el primer caso, y de nueve a diecisiete y más en el segundo. Entre nosotros se ha notado períodos de incubación anormalmente largas (Véase "Observaciones").

Tomada la sangre por punción venosa practicada en el donante, cuya forma de malaria ha sido previamente investigada, es inmediatamente inoculada por vía endovenosa o subcutánea al P. G. que se desea tratar. "No es indispensable" que la sangre sea tomada durante el "paroxismo febril" como lo han hecho notar PILGZ, BUNKER y KIRBY, LEWIS, WEYGANDT, DELGADO, y el mismo WAGNER. Pero lo que sí importa es que esta inoculación se haga "lo más rápidamente posible" ya que el virus del paludismo no puede ser mantenido largo tiempo fuera del organismo, siendo además, difícilmente cultivable. Se ha logrado, sin embargo, conservarlo fuera del organismo y apto para infectar, durante 92 horas.

Ha sido comprobado por varios experimentadores el hecho de que a pesar de seguir el plasmodio un ciclo asexual en el hombre, "acrecienta su virulencia" por "pases sucesivos" de un enfermo a otro. Así, BUNKER y KIRBY, tomando como índice de actividad o virulencia del plasmodio, la reacción febril que determina su inoculación, han constatado que en dieciocho enfermos que fueron inoculados con una determinada cepa de plasmodio comparados con otros dieciocho que lo fueron posteriormente en un segundo pase proveniente de sangre de paralíticos primitivamente inoculados, mientras que en los primeros sólo alcanzaron la temperatura de 106° F. o más (41° C.) un 33% en sus 158 accesos febriles, esta misma temperatura fué alcanzada y sobrepasada en un 92% de los otros dieciocho enfermos en los 182 accesos que en total presentaron estos últimos. La razón íntima de este fenómeno queda aún por resolverse.

Otro punto de interés es el número de accesos necesarios para obtener una curación satisfactoria, a fin de evitar que se prolonguen demasiado, determinando reacciones de intolerancia nocivas al enfermo.

Conforme lo había indicado WAGNER anteriormente, los autores están de acuerdo en que 8 a 12 accesos son suficientes para obtener la remisión de los principales síntomas y generalmente la curación. Esto depende, desde luego, de las reacciones y resistencias variable en cada paciente. Ocurre con frecuencia ver presentarse después del cuarto o quinto acceso síntomas alarmantes de intolerancia que obligan a administrar prontamente quinina y a suspender el tratamiento; el que semanas después es por lo general reanudado tras una preparación conveniente del enfermo. En estas condiciones no es raro comprobar que el número total de accesos pase de 12, que es el límite que habitualmente se alcanza.

Sin embargo, en muchos de los enfermos tratados en el Asilo Colonia, este límite, por razones especiales seguramente vinculadas al factor climatérico, por la relativa adaptación y tolerancia con respecto al germen, ha sido "frecuentemente sobrepasado". Así vemos, y esto será posible apreciarlo más fácilmente en el cuadro general que incluimos al final, que sobre un total de 30 enfermos tratados, 24 de los cuales son paralíticos generales perfectamente diagnosticados, mientras que en 6 no se pudo llegar a los 12 accesos, en 21 se alcanzó esta cifra y fué con exceso sobrepasada en los casos restantes, habiéndose llegado a producir en un enfermo que se encuentra aliviado, hasta 45 accesos típicos con temperaturas que oscilaron entre 39° y 41° C. Es por demás probable que esta notable tolerancia a los accesos malarícos que nuestros enfermos han exhibido, muy superior a la observada en otros países, se deba principalmente al hecho de ser el paludismo excesivamente frecuente y casi endémico entre nosotros.

Aquí como en otras clínicas, se ha comprobado la falta absoluta de periodicidad en la ocurrencia de los accesos, los que distan bastante de reproducir el tipo terciano tal como se observa cuando la malaria es transmitida por anophelinos.

Parece, además, "no existir relación entre la intensidad de la reacción febril alcanzada" en los diversos accesos y los efectos favorables que aquellos determinan en el organismo del enfermo. Este hecho que ha sido comprobado por WAGNER y otros experimentadores, ha sido igualmente constata-

do en los casos tratados en nuestro asilo. Tenemos a la vista la historia de dos casos, uno que soportó doce reacciones febriles y nueve el otro, sin sobrepasar en ninguna de ellas los 39° que fué la temperatura más elevada que en ellos se registró. En ambos casos los resultados del tratamiento fueron altamente satisfactorios y ambos fueron dados de alta clínicamente curados. Por su parte, BUNKER y KIRBY han obtenido resultados excelentes en enfermos que tan sólo habían sufrido temperaturas moderadas. Aparte de que, como lo han comprobado los autores americanos que acabamos de mencionar, las temperaturas alcanzadas varían según la cepa de plasmodio que se tome, cuya potenciabilidad termógena es, desde luego, imposible de prever, creemos que esta falta de paralelismo entre los resultados obtenidos y la intensidad de las reacciones febriles, es una comprobación por demás sugestiva de "que en la remisión" de los síntomas de los paralíticos generales tratados, "no es sólo el factor termógeno el que interviene, sino que hay además como elemento igualmente importante, la reacción biológica que la presencia del plasmodio determina en el organismo infectado, generando en él alteraciones humorales coloidoclásicas, que serían nocivas a la vitalidad del espiroquete y neutralizarían sus toxinas.

Aun cuando, como lo hacen notar WAGNER, GERSTMANN, MÜHLENS, DATNER, DUNKER y KIRBY, PAGNIEZ, LEWIS y otros, estas inoculaciones de malaria a los paralíticos generales, están por lo general exentas de complicaciones graves, algunas suelen surgir durante el curso del tratamiento, no como consecuencia directa de aquél, sino debido a las lesiones orgánicas más o menos avanzadas de que el enfermo es frecuentemente portador antes de ser sometido a este tratamiento piretógeno, por lo que conviene tenerlas presente para poder evitarlas en lo posible. Por ellos señalaremos lo que más frecuentemente se observa.

Desde luego, las más importantes complicaciones surgen en cuanto comienza a definirse la insuficiencia hepática o renal. De allí que con cierta frecuencia se observa, a parte del herpes labial propio de las altas temperaturas, una ictericia por lo general moderada, que se hace manifiesta hacia el final del tratamiento. La intensidad de estos síntomas varían, en consecuencia, con los antecedentes patológicos del sujeto y también con sus hábitos de vida (alcoholismo, tabaquismo, etc.), lo que precisa investigar cuidadosamente antes de ins-

tituirse el tratamiento. Se observa, igualmente, edemas maleolares; y en todos los casos, una anemia moderada tan común en la malaria, que se modifica espontáneamente, por lo general dos o tres semanas después de suspendido el tratamiento.

De la más grande importancia son las "complicaciones cardíacas". Sobre esto ha insistido recientemente DATNER, quien señala en las contraindicaciones de la inoculación malarica, a más de las alteraciones graves del hígado, bazo y riñón, las de la fibra cardíaca, recomendando ser muy cauto con los sujetos obesos. WEYGANDT indica, igualmente, que ha de concederse una importancia especialísima al estado del corazón y de los vasos; pues enfermos con debilidad cardíaca o con afecciones de los grandes vasos (aneurismas, endoarteritis) se corre el riesgo de que se establezca una asitolia mortal en el curso del tratamiento o a poco de terminado éste. Entre nosotros no se ha presentado esta complicación por las especiales precauciones tomadas al respecto.

Un signo constante es la pérdida de peso transitoria que experimentan los enfermos a consecuencia de la intensidad de las reacciones febriles y de los efectos necesariamente violentos que un tratamiento de esta naturaleza tiene que ejercer sobre organismos previamente debilitados. Sin embargo, los resultados posteriores compensan ampliamente estos ligeros inconvenientes, inevitables pero transitorios.

Conviene tomar en consideración que el grado de mejoría depende en gran parte de la "forma de parálisis" que el enfermo presente, como ya hemos dicho al referirnos a la experiencia de la clínica de Viena. En esta especial susceptibilidad de una forma u otra de parálisis en relación al grado en que son modificadas por la inoculación malarica, han querido ver algunos una marcada intolerancia en las "formas convulsivas" por este sistema del tratamiento. Sin embargo, las cuidadosas observaciones de GERSTMANN han demostrado últimamente a base de su inmensa experiencia que estas formas convulsivas no sólo no son agravadas por la acción de los accesos malaricos, sino que debido a ellos las crisis epileptiformes se hacen cada vez menos frecuentes, por lo general, llegando en algunos casos a desaparecer. Análoga observación ha hecho Norman GRAHAM (Belfast Mental Hosp. 1925) quien en diez casos con antecedentes convulsivos no observó ningún ataque apoplético sobrevenido a consecuencia del tratamiento, y aun vió disminuir y hasta desaparecer la frecuencia

de los que presentaban ataques epileptiformes. Entre nosotros en los muchos casos tratados por el Dr. Honorio F. DELGADO (1) no se ha constatado tampoco ninguna agravación en las formas convulsivas; habiéndose mostrado impotente el tratamiento únicamente en dos o tres casos de "forma galopante", que terminaron en ictus semanas después de suspendidos los accesos.

No hacemos por el momento mayor referencia a los casos tratados en el asilo de Magdalena, porque de ellos nos vamos a ocupar detenidamente en sección especial.

Hemos indicado ya lo que WAGNER y otros autores han constatado con relación a los "efectos del tratamiento" sobre el "estado general físico, mental" y "serológico" de los enfermos sometidos a él.

La mejoría, que se inicia ora inmediatamente, ora algunas semanas después del último acceso palúdico y que se va acentuando en el transcurso de los meses que siguen, tiene por lo general una notable repercusión sobre el estado general del enfermo, que se traduce tanto por la especial sensación de bienestar que éste experimenta como por su aspecto exterior. El "peso aumenta", y las perturbaciones paralíticas graves, "en la esfera física, desaparecen" del todo, "en especial los trastornos del lenguaje" y "de la escritura", y la marcha se hace firme y normal en virtud del restablecimiento de la coordinación motriz como ocurre en los casos en que el signo de ROMBERG ha estado presente por compromiso medular con manifestaciones atáxicas. Tanto esto como la regresión de las alteraciones pupilares (rigidez, signo de ARGILL) hemos tenido oportunidad de constatar en algunos de nuestros enfermos tratados.

No son menos importantes las regresiones que se observan en la "esfera mental". La memoria, en especial la de los hechos recientes, vuelve a su nivel normal; la incoherencia y los trastornos del juicio desaparecen, y con ellos las alucinaciones y las ideas delirantes; se restablece la orientación endo y alopsíquica; la percepción del mundo exterior es cada vez más completa, tornándose el enfermo dócil y ecuánime, y como consecuencia de esta favorable involución psíquica, la conciencia del estado de salud, cada vez es más completa y surge entonces en el paciente una extraordinaria "sensación de bienestar" que hace a muchos declarar que jamás se han

(1) *Ejemplo de esto es el caso de A. J. M. (véase obv. N.º..... pág.)*

sentido tan bien. Es hecho muy remarcable "la constatación crítica" que lucen los convalecientes de las aberraciones previas de su pensamiento, de sus ilusiones de grandeza, etc.

Teniendo las "reacciones serológicas" una gran significación "diagnóstica", no carecen de importancia desde el punto de vista "pronóstico" como sostiene recientemente WEICH-BRODT.

No vamos a insistir ahora sobre la intensidad con que estas reacciones son, en mayor o menor escala, modificadas por el tratamiento malárico, pues nos reservamos a hacerlo en el capítulo próximo. Diremos, sin embargo, desde ahora, que los más recientes trabajos confirman cómo reacciones tenazmente inmodificables por el tratamiento específico clásico, en especial las muy importantes del líquido céfalo raquídeo, son favorablemente influenciadas por la acción de la inoculación malárica.

Este hecho es particularmente manifiesto en lo que respecta a dos de las reacciones que más importancia tienen en el líquido céfalo raquídeo de los paralíticos generales: la reacción del "oro coloidal" y la reacción de las "hemolisinas de WEIL-KAFKA". Así lo han demostrado tanto el profesor POTZL, como GERMANN y MÜNZER, quienes han evidenciado la precocidad con que en seis de nueve casos se normalizaba la "curva paralítica del oro coloidal" y se hacía negativa la reacción de las hemolisinas, permaneciendo por lo menos estacionaria en los otros tres casos, adoptando el tipo que corresponde a las "parálisis generales estacionarias". La pleositosis es igualmente modificada, disminuyendo notablemente el número de células por mm. cúbico. Ocurre algo análogo con la tasa de albúmina.

En cuanto a la "reacción de BORDET-WASSERMANN" raquídea, aun cuando en ciertos casos permanece poco modificada, son varios los ejemplos que tenemos entre nuestros P. G. tratados, en los que de fuertemente positiva, ésta se ha hecho completamente negativa después del tratamiento, coincidiendo esto con la remisión de los síntomas físicos y mentales. Así lo reconocen también muy recientemente WIZEL y PRUSSAK, de Varsovia («L'Encéphale», N° 2, febrero 1925, París), quienes declaran que "después del tratamiento no específico de la P. G., se obtiene, con frecuencia, no solamente una mejoría del estado mental, sino aun una "modificación favorable de las reacciones humorales" es decir, una esterilización parcial de los humores".

Esta acción evidente del tratamiento malárico se manifiesta aun sobre los "procesos histopatológicos" que caracterizan a la parálisis general. Así lo comprueban STRAÜSSLER y KOSKINAS, quienes refiriéndose a los ensayos e investigaciones que sobre la técnica de WAGNER-JAUREGG han realizado PILCZ, SCHACHEL, GERSTMANN, MÜHLENS, WEYGANDT y KIRSCHBAUM, NONNE, WEICHBRODT, DELGADO, GANS, indican la importancia de precisar qué modificaciones de las lesiones paralíticas en el sentido histológico corresponden a las muchas curaciones clínicas obtenidas por los autores nombrados. Y aunque ALZHEIMER STRAÜSSLER y KONKINAS citan tres observaciones de paralíticos muertos de ateciones intercurrentes después de una remisión consecutiva a una inoculación palúdica, seis meses, un mes y un año, respectivamente, después de la inoculación, en los cuales comprobaron a la autopsia, que las lesiones paralíticas cerebrales eran particularmente discretas, presentándose sólo lesiones diseminadas de aspecto cicatricial, localizadas sobre todo a los lóbulos temporales; determinaciones "vasculares y gliales más que parenquimatosas"; y en otros cuatro enfermos muertos poco después de la crisis palúdica, tres presentaban lesiones de un tipo particular: exudado, inflamatorios predominantes, células plasmáticas enfocos, proliferaciones vasculares y gliales, y ausencia casi completa de elementos degenerativos en actividad en los elementos nobles. Concluyen diciendo que están en favor, en virtud de sus investigaciones, si no del lado de una curación anatómica del proceso paralítico, por lo menos en favor de la "detención de su involución" debido a la acción del tratamiento malárico. Esta conclusión optimista es reafirmada por observaciones ulteriores de GERTSMANN y otros autores.

Como confirmación de lo expuesto, BUNKER y KIRBY, quienes han tratado por éste procedimiento 53 P. G. con los resultados estadísticos que tabularemos al final del capítulo, declaran que los obtenidos por ellos, al igual que los que han alcanzado otros experimentadores, ha llevado a ellos el "convencimiento de que el método de tratamiento por inoculación de malaria terciaria es un procedimiento de inegable valor en el tratamiento de la parálisis general", y que, a juicio de ellos, está fuera de toda duda que, por un mecanismo no bien precisado todavía, "detiene definitivamente" los "progresos clínicos" de la enfermedad en una proporción considerable.

mente mayor que la que se ha logrado obtener por ninguno de los procedimientos puestos en práctica.

Creemos haber insistido suficientemente sobre las ventajas que la inoculación de *plasmodium vivax* presenta en esta enfermedad no solamente con relación a otros sistemas curativos, sino también "sobre otros agentes termógenos" ya enumerados, y aun sobre el *spiroquete recurrentis*, así como sobre otras variedades de *plasmodio*. Recordaremos, como dato de interés, que el único inconveniente técnico que consistía en la necesidad de que el sujeto palúdico estuviera en el mismo lugar que los enfermos que iban a ser inoculados, ha quedado desde hace poco resuelto "gracias a diversos procedimientos para conservar, por algunas horas, la sangre malarica en actitud infectante. KIRSCHBAUM, mezclando aquella, a partes iguales con una solución de citrato de sodio al medio por ciento y a 37° C. de temperatura, ha logrado conservar el poder malariógeno de la sangre por más de 32 horas, pudiendo ser transportado en botellas "termos". Gracias al esfuerzo de DATNER y KAUDERS, HORN, MÜHLENS y otros se ha conseguido "una conservación hasta de 92 horas" (GERSTMANN).

Muchos autores, entre los que mencionaremos a DATNER, KAUDERS, BUNKER y KIRBY, teniendo en consideración las no muy amplias modificaciones que, en general, como lo hemos dicho, experimenta el líquido céfalo raquídeo en el tratamiento malarico, tratan, como lo ha hecho HOFF, de obtener modificaciones más acentuadas empleando "la salvarsanoterapia postmalarica". Y la emplean "sólo después" de terminado el tratamiento por el paludismo, y no simultáneamente como hacen otros autores, a fin de obtener resultados más claros y constatar en toda su amplitud lo que de cada una de estos modalidades de tratamiento se puede esperar. Además, en el asilo de Magdalena se ha practicado sistemáticamente —como puede verse en las "observaciones"—el tratamiento antilúético (neosalvarsán), ora asociado al químico, ora después de éste.

Nos permitiremos añadir, finalmente, en conexión con lo que habíamos expuesto sobre las modificaciones anatómopatológicas que el cerebro de los P. G. experimenta bajo la acción de este tratamiento, que LEWIS, HUBBARD y DYAR después de haber realizado una labor exhaustiva en tales cerebros, han constatado como carácter saltante una notable disminución en la cantidad de plasm-cells así como de la infil-

tración linfocitaria en los espacios perivasculares, y aun, según comunican JOSSMANN y STEENARTS recientemente, una ausencia de espiroquetas en ocho cerebros de P. G. examinados, y a su vez, GERSTMANN sostiene que los cerebros de tres de sus casos que habían presentado completas remisiones muriendo posteriormente de enfermedades intercurrentes, mostraron alteraciones patológicas tan pobremente desarrolladas que de no haber sabido que pertenecían realmente a casos personalmente comprobados de parálisis general, no le habría sido posible reconocerlos como tales.

Esto nos muestra todo lo que de este método de tratamiento podemos esperar y hasta donde es él capaz de modificar la substancialidad de los casos sometidos a su acción. Esto absuelve la vieja cuestión planteada, de que si bien es cierto que los enfermos en remisión, así tratados pueden ser, "desde el punto de vista clínico, considerados como curados", no se podía hablar de "curación" en el sentido estricto de la palabra "mientras no existieran pruebas de una mejoría positiva en el terreno anátomo-patológico". Era este un problema por demás interesante, toda vez que, en realidad, mientras no se constatará una involución histopatológica favorable bajo la acción del tratamiento malárico, era natural temer a cada instante la reaparición de los trastornos mentales.

Y es que "se admitía generalmente que la destrucción del parénquima cerebral permanecía para siempre irreparable". Este criterio extremista ha tenido que doblarse ante lo concluyente de los hechos que acabamos de enumerar. Y ya las investigaciones de SPIELMEYER, PLAUT, ALZHEIMER y STRAÜSSLER permiten suponer que las modificaciones anatómicas de la materia cerebral, están muy lejos de ser irreparables, como hasta el presente se había admitido.

Todo lo cual permite admitir que la remisión clínica, va acompañada también, en muchos casos, no sólo de una manifiesta modificación serológica sino también de una positiva remisión anátomo-patológica. El porvenir nos demostrará toda la enorme importancia de estas pocas pero elocuentes constataciones, cuando ellas, como tiene que ocurrir, se amplíen, se generalicen y se perfeccionen.

Por eso creemos que este método de tratamiento de la parálisis general, que aún está en sus comienzos y que tan interesantes campos de investigación abre para el futuro, justifica plenamente el entusiasmo y la dedicación de los que persiguen su perfeccionamiento.

No terminaremos este capítulo sin recordar una vez más que los resultados obtenidos por el doctor H. F. DELGADO y los que con él han colaborado, por el crecido porcentaje de casos curados y aliviados, ratifican lo expuesto por todos los que han trabajado en el tratamiento de la P. G. Estos resultados los expondremos detalladamente en breve; "pero ellos nos permiten afirmar desde ahora que la P. G. ha entrado a engrosar la lista feliz de las enfermedades curables".

Este hecho alentador llegará más al espíritu, como un estímulo para proseguir en la ruta abierta, al echar una mirada retrospectiva y "recordar cómo era el pronóstico de la parálisis general progresiva, antes de usar los métodos piretógenos" y en especial el que nos legara la inquietud científica de WAGNER VON JAUREGG.

Cuando se considera que HOCHÉ, en 1912, después de una experiencia de 20 años, declaraba no haber visto "nunca" un caso de parálisis general curado, y cuando recordamos que KRAFFT-EBING, "en 2,500 paralíticos" estudiados y observados por él, "no logró constatar una sola curación", comprendemos todo el significado de un procedimiento "que tan substancialmente ha cambiado el pronóstico" de la P. G., y cuyos resultados son tanto más evidentes y favorables "cuanto más precozmente es aplicado" de acuerdo con la técnica que, en sus lineamientos generales, acabamos de enunciar.

Todo lo cual relleva y pone de manifiesto, para los que se interesan por los graves problemas que entraña el tratamiento de esta enfermedad, la importancia que tiene al formular no sólo un diagnóstico preciso y exacto, sino principalmente un diagnóstico precoz.

Vamos a mostrar a continuación, esquemáticamente presentados, los resultados finales obtenidos por algunos experimentadores de diversos países, en el tratamiento de la parálisis general progresiva por inoculación de la malaria terciaria.

Hemos procurado que este esquema sea lo más completamente posible y para ello hemos recolectado todos los datos que nos ha sido dable encontrar. Lamentamos, desde luego, los nombres y trabajos omitidos muy a nuestro pesar, así como el hecho de la falta de detalles estadísticos en varios de los trabajos acá incluidos. Esta falta de cifras y datos de de-

talle nos priva de exponer el total de los porcentajes de enfermos beneficiados por el tratamiento malárico en clínicas europeas y americanas; por lo que nos hemos visto obligados a dejar algunos claros.

En este cuadro se puede apreciar "el porcentaje" relativamente "elevado" de "remisiones completas" y "mejorías obtenidas".

Esto en lo que a la labor nacional se refiere, es considerable si se tiene en cuenta la limitación de la población de enfermos de nuestro ambiente, y muy particularmente el hecho de haber sido aplicado acá el tratamiento a "todos" los casos de Parálisis General, incluso los más avanzados:

Autores	Lugar	Año	Total de casos	Remisión completa	Remisión incomp.	Sin modificación	Muertos	En observación	% beneficiados
Wagner	Viena	1917	9 (i)	4 (ii)	2 (iii)	2	1	—	66%
Wagner-Gerstmann	"	1919-20	25	7 (iv)	(v) (vi) 6+5 (-4)	2	(vii) 5 (+4)	—	72%
Wagner-Gerstmann	"	1920-21	116	42	22+14	38	12	—	67%
Wagner-Gerstmann	"	1921-22	250 (viii)	85	51+24	90	23	—	64%
Wagner-Gerstmann	"	1922-24	600	—	—	—	—	600	—
Weygandt	Hamburgo	1919-20	45	26	4	8	7	—	66%
Mühlens	"	1920-21	61	31	8	15	7	—	63%
Kirchsbaum	"	1921-22	90	46	8	22	14	—	60%
Kaltenbachs	"	1923	104	—	—	—	—	(104)	—
Nonne	Hamburgo	1920-23	60 + (79)	41	—	—	—	(79)	66%
Delgado	Lima	1921-25	30 (ix)	13	10	3	4	—	76%

Autores	Lugar	Año	Total de casos	Remisión completa	Remisión incomp.	Sin modificación	Muertos	En observación	% beneficiados
Gans	Holanda	1922-23 (1921)	17	5	4	7	1	—	53%
Lorente	Lima	1922	6 (x)	1	3	2	—	—	66%
Herzig	Viena	1923 (1920)	100	27	—	—	—	—	27%
Bratz	Dalldorf	1923	38	16	—	—	—	—	42%
Schultze	Dalldorf	1923 (1922)	100 + (68)	44	—	—	28 (de 168)	—	44%
Mayer-Unters- teine	Insbruck	1923 (1922)	40 + (9)	24	—	—	—	9	60%
Jossmann-Ste- enaertes	Berlín	1923-24	100	21	28	39	12	—	49%
Modena y de Paoli	Ancona (Ita- lia)	1923	9	2	3	2	2	—	55%
Nonne-Reese Peter	Hamburgo	1924	75	53	—	—	—	—	70%
Graf	Leipzig	1924 (1921-23)	18 + (1)	16	4	2	2	5	71%

Autores	Lugar	Año	Total de casos	Remisión completa	Remisión incomp.	Sin modificación	Muertos	En observación	% beneficiados
Weeber	Feldhof dei Graz	1924(1922-23)	50 + (70)	14	16	8	12	(70)	60%
Potzls - Herrmann	Praga	1924(1922-23)	40	8	11	8	9	4	52%
Dattner	Viena	1924	30	21	4	4	1	—	83%
Arturnski	Polonia	1924	70	19	13	28	10	—	45%
Merzbacher	Buenos Aires	1924	15	4	6	2	0	1	71%
McAlister	Edinburgh	1924 (1922)	12	2	5	3	2	—	52%
Grant-Abert Silverton	Whitting-ham (England)	1924 (1922)	50	7	33	—	2	—	66%
H. Bersot	Burgholzli	1924(1922-24)	20	—	7	9	3	1	35%
A. Marie - V. Kohen	Paris	1924(1922-24)	80 (xi)	—	40	—	—	—	50%
Ulrich-Fleck	Munich	1924	55	29.1%	49.1%	—	10.9%	—	?

Autores	Lugar	Año	Total de casos	Remisión completa	Remisión incomp.	Sin modificación	Muertos	En observación	% beneficiados
Mingazzini	Roma	1924	20	8	5	—	—	—	65%
Lewis, Hubbard, Dyar	Washington	1924	59 (68-9)	16 (31%)	19 (32%)	12	13	8	59%
Wissel - Prusak	Varsovia	1925(1920-22) (?)	22	11	—	—	—	—	50%
Claude	Paris	1925(1924-25)	35 (xii)	10	16	8	1	—	74%
Bunker & Kirby	New York	1925(1924-25)	39 (53-14)	18	4	10	7	(14)	56%
Lafora	Madrid	1925(1294-25)	8 (xiii)	5	3	—	—	—	100%
N. B. Graham	Purdysburn	1925(1924-25)	55	18 (36%)	7 (14%)	15 (30%)	10 (20%)	5	50%
Total de autores: 48	En 24 ciudades	1917-1925	Total de casos tratados:	2,668		Beneficiados por el tratamiento: 60%			

(Véase en la página siguiente la explicación de las llamadas.)

- (i) Dos de ellos se conservan hígidos. (1925).
- (ii) Uno recidivó; el otro logró después remisión completa.
- (iii) Estos dos casos terminaron por la muerte.
- (iv) En uno de estos casos se presentó nuevamente la parálisis después de 3 años de remisión; una nueva serie de accesos palúdicos no fué capaz sino de dejar el proceso en condición estacionaria. Los demás casos se conservan en buena condición, en sus respectivas ocupaciones.
- (v) En dos de estos casos terminó la remisión por hacerse completa.
- (vi) De estos 5 casos, 1 recidivó y murió; otro, después de mejorar aun más y ocupar su puesto oficial, murió víctima de ataques epileptiformes, sobrevenidos inopinadamente; y, finalmente, otro murió a causa de una enfermedad intercurrente. Esto hace descender a 56% el porcentaje de remisiones obtenidas por el autor.
- (vii) De estos casos, en 2 la muerte sobrevino después de una mejoría consecutiva a algunos accesos, número escaso por haberse interrumpido intencionalmente el curso de la malaria.
- (viii) No anotamos el curso ulterior de los casos de las dos últimas series de WAGNER VON JAUREGG-GERSTMANN, por no complicar esta presentación. Para esto y más amplias informaciones remitimos al lector a la obra de GERSTMANN: "Die Malariabehandlung der progresiven Paralyse". Viena, 1925.
- (ix) Sólo en 1 de estos 30 casos se empleó exclusivamente el método FISCHER (nucleinato de sodio); en todos los demás se siguió la técnica de WAGNER-JAUREGG, sola o asociada a otros agentes piretógenos. Estos 30 casos comprenden:..... parálisis general;....., sífilis cerebral;...., demencia precoz, y de tabo-parálisis.
- (x) El autor en estos 6 casos empleó exclusivamente el método ROSEMBLUM.
- (xi) El agente piretógeno usado por MARIE y KOHEM en esos 80 casos, ha sido la tuberculina a dosis crecientes. A fines de 1924 han comenzado a tratar por el paludismo a 40 nuevos casos.
- (xii) Estas cifras se refieren únicamente a los casos tratados por la malaria; cuatro casos más fueron inoculados con spiroquete recurrentis (ROSEMBLUM), por el autor citado.
- (xiii) Estos 8 casos presentados por LAFORA, incluyen 4 parálisis general, 3 tabo-parálisis y 1 tabes; todos tratados por la malaria y beneficiados por el tratamiento en mayor o menor escala.

En cuanto al discutido problema de los casos de muerte ajenos al tratamiento y a la P. G., misma, desde el punto de vista de la estadística, lo correcto nos parece considerar en la sección de muertos, únicamente aquellos casos que hayan sucumbido durante el período de infección malárica o a consecuencia de ésta. Esto lo hemos puesto en práctica en lo que respecta a la estadística nacional del cuadro anterior. Todo lo que se sabe de las ulteriores eventualidades de cada caso, se consigna en el capítulo dedicado a la exposición de las "Observaciones".

En el cuadro que antecede nos hemos limitado a consignar con toda la fidelidad posible, los resultados finales obtenidos por investigadores en las principales clínicas psiquiátricas de Europa y América con el empleo de agentes piretógenos (la malaria, principalmente) en patología mental, muy en especial en la P. G. progresiva. Hemos creído que ello relieves aun más la importancia de la labor nacional realizada al respecto, especialmente la efectuada por el Dr. DELGADO.

Nos hemos abstenido de hacer un comentario analítico de los datos expuestos, por no extendernos más y porque creemos que esas cifras solas son suficientemente elocuentes.

En el estudio de los numerosos casos tratados que aparecen en este cuadro, es oportuno recordar lo que hemos dicho en páginas anteriores acerca de las importantes transformaciones reactivas que a consecuencia del tratamiento malárico, experimenta el cuadro clínico de la parálisis general.

Hemos expuesto cómo las "formas expansivas" son las más integralmente beneficiadas por el tratamiento. Las estadísticas demuestran que los tipos demenciales son casi diez veces menos beneficiados por el tratamiento malárico que los casos de marcha más aguda, de cuadro clínico tal vez más definido; los expansivos megalómanos.

Esto probablemente es debido, entre otras razones que se derivan de la modalidad misma de la enfermedad según los sujetos, a que los casos de marcha aguda con excitación ruidosa y delirios megalómanos, son menos tardíamente entregados en manos de personal técnico competente que los deprimidos y dementes, porque aquellos se hacen prontamente inadaptables a la vida familiar; lo que no ocurre con el curso insidioso y menos dramático del tipo "demencial simple".

Como hacen notar muchos investigadores recientes (LEWIS, BUNKER y KIRBY, WISSEL y PRUSSAK, GRAHAM, LAFORA, etc.), y como ha sido antes constatado entre nosotros, en experiencia más antigua por el Dr. Honorio F. DELGADO, los primeros síntomas modificados por los accesos febriles son, "en la esfera mental" la agitación de las formas expansivas, la logorrea y el delirio; observándose más tarde "un lento pero progresivo mejoramiento en la capacidad de retención y en las asociaciones mentales necesarias para el cálculo o para síntesis y análisis en los problemas de semejanzas y diferenciaciones".

Son igualmente precoces las modificaciones sufridas por los "trastornos del lenguaje", así como el temblor fibrilar de las manos y de la lengua, y las mioclonías de naturaleza extrapiramidal, raras por lo demás en la parálisis general. Según ha constatado recientemente GERSTMANN—y tenemos algunos ejemplos de ellos—en la algidez de los accesos durante el período de fiebre se observan a veces delirios alucinatorios y alucinaciones auditivas, que parecen estar en relación con las exudaciones perivasculares que a la autopsia, se ha constatado en los lóbulos temporales, principalmente en las "formas estacionarias de ALZHEIMER".

Además, GERSTMANN y DELGADO precisan algunas interesantes transformaciones observadas "en el cuadro clínico de los P. G. tratados" y que pueden sintetizarse así: a) reacciones delirantes y amenciales; b) transformaciones sucesivas del cuadro clínico en alucinatorio, paranoide y catatoniforme. De esto tenemos ejemplos, y uno particularmente típico de la reacción paranoide es el que corresponde a C. V. obs. N° 15. El Dr. Honorio F. DELGADO ha observado la "aparición de una crisis de melancolía típica" al salir un P. G. del asilo, "en remisión completa", curado de todos sus síntomas por la acción de la malaria, caso de J. M., Obs. N° 22.

Se ha constatado también, corroborando observaciones originales de DELGADO, LAFORA y otros investigadores, que "las mejorías" conseguidas en enfermos que han sido antes muy "intensamente tratados" con neosalvarsán y mercurio, "no son tan marcadas y rápidas" como las que se observa en los casos débilmente tratados; siguiendo la malaria en los primeros un curso y una intensidad muy irregular; lo que está de acuerdo con las observaciones de PLAUT en sus experiencias sobre la acción de la fiebre recurrente en la P. G., de que los casos previamente muy tratados antisifilíticamente, no presentan después, durante el tratamiento por la fiebre recurrente, "el gran aumento de linfocitos" en el líquido raquídeo, observado en los no tratados; "reacción linfocitaria" inicial y transitoria que PLAUT considera "como un buen signo pronóstico".

GERSTMANN opina que las reacciones delirantes y amenciales que, como acabamos de decir, se observa en los P. G. recientemente tratados, se deben tanto a los influjos toxi-infecciosos provocados por la enfermedad febril (malaria, fiebre recurrente), como a la disposición especial del cerebro paralítico y de sus lesiones.

Es, pues, un modo peculiar de reaccionar del cerebro paralítico frente a la acción febril y toxi-infecciosa del nuevo tratamiento.

Las "investigaciones anatómicas" de STRAUSSLER y KOSKINAS y las ulteriores (1925) de KIRSCHBAUM, demuestran que el paludismo suele aumentar "momentáneamente" el proceso inflamatorio antes de la fase de desinflamación. La "piroterapia actúa", por ende, "como agente revelador de las lesiones predominantes". Sugiere LAFORA que este hecho que según él, se presenta siempre que se emplea terapéutica intraraquídea que es tal su precisión, que se puede emplear como medio diagnóstico en los casos dudosos. (Concluirá.)