

Sesión científica del día 5 de octubre de 1932

PRESIDENCIA DEL DR. PI SUÑER

Remisiones terapéuticas post-palúdicas en la parálisis general progresiva.

por el Dr. J. PONS BALMES

En 1929 publiqué mi primer trabajo sobre contribución al método. En él exponía los resultados clínicos obtenidos en 40 casos, no seleccionados, observados entre 6 meses y 2 años. Desde aquella fecha hasta la actual he aumentado ostensiblemente la estadística, siendo muchos los casos cuya observación ha sido seguida varios años, debido a que los remitidos los he ido observando periódicamente en su mayoría, y los estacionarios, que entonces eran visitado en el Asilo del Parque, actualmente en mayor parte, están internados en el Manicomio de San Baudilio (Hombres).

La estadística que presento a vuestra consideración es la siguiente:

ESTADÍSTICA DE 141 ENFERMOS TRATADOS

Remisiones n.º 42 = 29 %	{	Continúan tratamiento	33 — 23,4 %
		Muertos de recaída	2
		Suicidios	3
		Desaparecidos de tratamiento	4
Mejorías n.º 18 = 12,8 %	{	Continúan tratamiento	11 — 7,8 %
		Muertos por recaída	3
		Desaparecidos de tratamiento	4
Estacionarios n.º 36 = 25,5 %	{	Continúan tratamiento	30 — 21,2 %
		Desaparecidos	6
Muertes n.º 45 = 32 %	{	Muertos durante paludismo	18 — 12,8 %
Recaídas n.º 5		Muertes no atribuibles al paludismo	27 — 19,2 %
Suicidios n.º 3		Recaídas seguidas de muerte	5 — 3,6 %
		Suicidios	3 — 2,1 %
Desaparecidos de tratamiento			14 — 10 %

CASOS DE REMISIÓN

El criterio que he seguido para la clasificación es la reanudación de su actividad profesional y comportamiento social. Los resultados no son enteramente comparables. Estudiaremos sus resultados en el orden psíquico, neurológico y humoral.

Cuadro psíquico.—De los casos tratados, en nueve puede hablarse de tratamiento precoz:

3 casos neurasteniiformes, con pocos síntomas neurológicos y síntomas humorales positivos, que aseguraron el diagnóstico.

4 casos: tabes de evolución paralítica, estado depresivo-hipocondríaco con subjetivación de pérdida de actividad mental, disartria.

1 caso: atrofia óptica, ligeros síntomas subjetivos de déficit.

En todos ellos desaparición de pequeños trastornos mentales, mejora de estado general y disartria.

En cuatro casos comprobación humoral. De ellos dos casos con negativación completa, una a los 5 años de tratamiento y otra al año y medio. En los otros dos, los líquidos continuaron positivos, presentando recaída con trastornos mentales, falleciendo al cabo de un año y dos años respectivamente del tratamiento.

Quedan 33 casos de los cuales 17 corresponden a formas expansivas y 16 casos a formas demenciales.

En las formas expansivas he incluido casos sin excesiva agitación, enfermos con delirio de grandezas, gran deseo de actividad, euforia; etc. En la mayoría de ellos la recuperación mental ha sido más acentuada que en los casos demenciales, sobre todo en aquellos en que aparentemente el cuadro debutó bruscamente con el síndrome expansivo.

En dichos casos la recuperación mental es tanto más perfecta cuanto más precoz ha sido el tratamiento, siendo muchos los que llevan más de tres años de observación, observando una conducta normal, y desempeñando su profesión. En muchos de ellos he realizado pruebas mentales, las cuales, a parte la limitación que representa desconocer su capacidad anterior, nos han dado en algunos casos resultados normales, mientras que en otros nos muestran debilidad de juicio más o menos acentuada. Claro que en estos casos es difícil eliminar la falta de instrucción, pues entre ellos hay casos que no han ido a la escuela. De todos modos es frecuente, en casos no tratados precozmente, la falta de iniciativa, pobreza de conceptos defectuosa utilización de procesos psíquicos y capacidades de combinación, a pesar de conservar buena memoria, contestar correctamente y conducta social normal.

De entre estos casos, hay algunos que se apartan de la norma anterior. Dos de dichos casos se han suicidado.

Uno de ellos se trata seguramente de un maniaco-depresivo, pues siete años antes de ser tratado había sido internado por cuadro expansivo e ideas de riqueza. Al ser ingresado en el Asilo del Parque, presentaba inestabilidad motriz euforia enorme, ideas de grandeza y síntomas neurológicos. Remite con la malaria, es dado de alta en buen estado de remisión. Líquido céfalo-raquídeo negativado a los 4 meses. (Lange subpositivo). A los seis meses

desarrolla estado depresivo con ideas de auto-acusación, pesimismo y despego a la vida, llora por fútiles motivos, es una carga para su familia, la vida no sirve para nada, etc. suicidándose a los pocos días con una navaja.

El otro enfermo tenía antecedentes alcohólicos acentuados; de siempre conducta licenciosa con su familia, maltrataba a su esposa, llegaba borracho, a pesar de ganar dinero, lo gastaba en juergas, carácter pródigo. Presentó cuadro expansivo, con agitación motriz, agresivo e ideas de grandeza. El tratamiento mejoró el estado psíquico, de tal manera que decía la esposa que nunca le había observado tan juicioso. Al año, líquido céfaloraquídeo negativado. Poco después, nuevamente conducta irregular, abusos alcohólicos, cambios de carácter, a veces irritable, triste, optimista.

Al cabo de poco tiempo fué internado nuevamente por agitación motriz, ideas de grandeza, ideas de persecución, agresividad, sensación subjetiva de trastorno mental. A los 2 meses cede su estado, siendo dado de alta. A los 4 meses fué visitado a instancias de su familia, presentando ideas absurdas de tonalidad depresiva e hipocondríaca. Recomendé su internamiento. Al día siguiente, por la madrugada, se suicidó, arrojándose desde el terrado de su casa a la calle.

En este caso intervienen un conglomerado de causas internas y externas, (ciclotimia, alcoholismo, lues).

En el grupo demencial, 16 enfermos, en dos predominaba antes del tratamiento, estado depresivo hipocondríaco con negativismo.

En general estos casos, a pesar de la remisión que permite su alta y reanudar el trabajo, al examen mental presentan un déficit acentuado, déficit que generalmente no es notado por sus familiares. Así las pruebas mentales ponen en evidencia, en un tanto por ciento grande (más acentuado en los tratamientos de enfermos algo avanzados) déficit de juicio, lentitud de pensamiento, falta de asociaciones, productividad e iniciativa, si bien queda respetada la actividad automática. Asimismo no dan importancia, ni se dan cuenta de sus errores en problemas que pueden ser resueltos por niños de 10 años. Por otra parte, tal estado se estabiliza con el tiempo. Son varios los casos de mi estadística que llevan 5, 4 y 3 años de observación.

La inferioridad de resultados en la forma demencial, comparada con la forma expansiva, se debe solamente a que estos últimos, los expansivos, dada la ruidosidad de los síntomas, son internados antes, mientras que en los demenciados, no sólo los síntomas se desarrollan más paulatinamente, sin llamar la atención, sino que el principio de la enfermedad se remonta mucho a antes de lo que manifiesta la familia y siempre estos pacientes son internados en período más avanzado.

Apoya esta opinión que los casos particulares demenciales diagnosticados precozmente acostumbran a dejar menos déficit.

La mayoría ha empezado a mejorar desde los últimos accesos o poco tiempo después de las fiebres, empezando por atender mejor, interesarse por su salida, más espontaneidad y reclamar ocupación.

Durante el curso de la malaria he observado, en dos casos, estados delirantes con agitación y alucinaciones visuales, auditivas y combinadas. En el primero, gran agitación, agresividad y confusión. Era tratado en su casa, habiendo sido internado de urgencia. En el otro, ideas delirantes y agitación,

cantaba toda la noche, le insultaban, lo rociaban con bencina. En general cedía el estado durante el descenso febril.

En un caso desde el principio de las fiebres se desarrolló cuadro cata-tónico, negación de alimentos, mutismo absoluto, alternativas de estupor, con agitación motriz, verbigeración y estado confuso. Dicho enfermo ya presentaba antes rechazo de alimentos, mutismo, inactividad y embota-miento afectivo. En la orina presentaba acetona positiva, debida seguramente a autofagia. Durante todo el curso del paludismo fué tratado con suero glu-cosado, insulina y tónicos. A los pocos días de desaparecidos éstos empezó a tomar alimentos, empezó a contestar, a interesarse por su familia, siendo dado de alta. Después de ocho meses continuaba bien.

Igualmente la sintomatología delirante que existía antes del tratamiento, puede mantenerse bastante después del tratamiento. Así en un enfermo cuyo cuadro demencial presentaba como idea delirante, la preocupación con-tra un periodista porque le había puesto en caricatura y se había ocu-pado de él en la prensa. Por lo demás, dicha idea había sido ma-nifestada episódicamente antes del paludismo, de manera absurda, sin que dicha acusación fuera dirigida a determinado periódico ni periodista. Dicho enfermo al cabo de unos meses después del tratamiento y ya en re-misión, agredió a un periodista por una caricatura que él consideraba que era una burla a su persona; por descontento que tal caricatura nada tenía que ver con él, ni conocía al periodista.

En otros casos son síntomas hipocondriacos, vértigos, ruidos en la cabeza, que quizá existían antes del tratamiento, pero no eran manifiestos, seguramente por estar enmascarados con otros síntomas más ruidosos. Acos-tumbran acompañarse de angustia, quejas, esto no obsta para que dicho enfermo no se dé cuenta durante el día en el café, jugando al dominó o naipes, de que en su casa no deja vivir a sus familiares.

También entre el grupo demencial, hay un enfermo que se suicidó a los cuatro meses del tratamiento, echándose al mar.

En general, en los casos demenciales restantes el déficit intelectual es mayor que en los casos expansivos.

Cuadro neurológico.—Este punto puede ser resumido haciendo constar que en la mayoría de los casos disminuyen o desaparecen los temblores, di-sartria, incoordinación, Romberg y trastornos subjetivos, cefaleas insom-nio, parestesias, radiculitis, etc. En la mayoría de los remitidos de nuestra estadística han desaparecido estos síntomas o al menos han disminuído ostensiblemente.

En algunos de los enfermos que presentaban ictus antes del tratamiento, éstos no han repetido.

En cuanto a los reflejos rotulianos y aquileos si eran exaltados, gene-ralmente se normalizan. Otras veces desaparecen, encontrándose abolidos rotulianos y aquileos, sin que vayan acompañados de ataxia. Algunas veces han quedado desiguales y al cabo de tiempo, desaparece el reflejo menor.

En cuanto a los síntomas pupilares, he observado casos que no pre-sentaban Argill antes del tratamiento y lo han presentado después. No he visto desaparecer en ningún caso la rigidez pupilar a la luz; quizá alguna vez que había notado rigidez, después el movimiento pupilar ha resultado

sólo perezoso, cosa que no sé si atribuir a modificación debida al tratamiento o a deficiencia en la primera exploración.

También he de hacer notar que de cuatro casos de tabes y parálisis general, en dos casos hubo recaída al cabo de 1 y 2 años respectivamente, desarrollándose con rapidez estado caquéctico.

Cuadro humoral.—Dejando aparte los casos que llevan un año de observación, he podido seguir las reacciones en 17 enfermos de remisión completa. Los resultados son: 6 casos de negativación casi completa, incluso el Wassermann (en un caso Wassermann H 6 y en otro un Lange subpositivo); 2 casos negativación de la mayor parte de reacciones, excepto Wassermann y en 9 casos líquidos positivos (sólo disminución de células y albúmina en algunos).

La negativación se ha observado en cuatro casos a los cuatro años, en un caso a los dos años y en un enfermo a los cuatro meses. Los otros dos casos de negativación excepto Wassermann, llevan dos años de observación. Los casos no mejorados humoralmente corresponden cuatro veces a los cuatro años de observación, una a los tres años y cuatro a los dos años de observación.

De todos modos, no creo que pueda deducirse equivalencia entre la negativación y el grado de remisión, como puedo probar, por las negativaciones obtenidas en casos estacionarios, cuyo estado mental es completamente demenciado.

Estado general.—Todos ellos conservan buen estado general. Uno de los casos, después de remitido he tenido un hijo, cuyo aspecto es normal.

De los casos tratados, 17 habían recibido tratamiento específico antes del tratamiento palúdico, mientras 25 no habían sido tratados antes del tratamiento con paludismo. De estos, pocos habían sido tratados al contagio de la sífilis y la mayoría ignoraba su sífilis.

En cuanto a edad, corresponde el máximo, 23 casos, entre 30 y 40 años; siguen después 11 casos entre 40 y 50 años; 6 casos entre 50 y 60 años y 2 casos entre 20 y 30 años.

CASOS DE REMISIÓN INCOMPLETA

Forman este grupo 18 enfermos, de los cuales cuatro han desaparecido de observación, tres han fallecido y los restantes siguen en observación.

Casi todos presentaban cuadro demencial avanzado, algunos junto a este cuadro, manías de grandeza, que eran expresadas sin agitación motriz ni gran expansividad, al contrario, más bien inactivos, absortos, con diferencia.

De este grupo tres fallecieron: dos a los 8 meses de observación y uno al año y medio.

Los dos primeros a los seis meses de remisión, empezaron a recidivar sus ictus, seguidos de estado confuso, falleciendo rápidamente en caquexia. Dichos casos presentaban ictus antes del tratamiento.

En el otro caso tratábase de un enfermo con ataques de epilepsia focal, ataques que durante el paludismo se acentuaron en número, siendo los úl-

timos accesos generalizados, y dando lugar a hemiparesia. Después del tratamiento este enfermo mejoró, desapareciendo los ataques y adquiriendo buen estado general, trabajando durante un año en el Asilo del Parque de peón. Pasado este tiempo, reaparecieron los ataques, acompañados de recaída de estado mental falleciendo el enfermo en estado de caquexia.

De estos casos sólo en dos hay antecedentes de tratamiento específico anterior a la malaria. En tres casos faltan antecedentes. Los restantes ignoraban la sífilis anterior.

En cuanto a edad, 15 casos corresponden al período 30 - 50 años, un caso a los 28 años y dos a 50 - 60 años.

Cuadro psíquico.—La mayoría presentan un déficit bastante acentuado. Pobreza de conceptos y vocabulario, lentitud psíquica, falta de productividad e iniciativa.

En el examen con pruebas presentan disminución de fijación, déficit de juicio, e imaginación, fracasando a las pruebas más sencillas.

No obstante, algunos han sido dados de alta, desempeñan una ocupación sencilla y sin responsabilidad, cumplen lo que se les ordena o bien realizan trabajos automatizados.

De estos, en un caso se desarrolló cuadro depresivo pasajero con ideas hipocondríacas y nihilista absurda, rechazo de alimentos, "era inútil todo tratamiento, pues no tenía médula ni genitales, todo él estaba deshecho". Rechazo de medicación salvarsánica.

El otro enfermo, después de la malaria, se presenta un cuadro mental infantil, cuadro que podría estar relacionado con la edad de la parálisis, pues empezó el cuadro a los 26 años. A no existir el cuadro neurológico, humoral y antecedentes su síndrome sería de una oligofrenia.

Cuadro neurológico.—El cuadro neurológico antes del tratamiento era mucho más acentuado que en los grupos anteriores. De ellos, un caso presentaba cuadro tabo-paralítico, y en nueve casos se observaban ictus frecuentes, dos de los cuales con hemiparesia.

En general han disminuído la disartria, los temblores, incoordinación, Romberg, los ictus y síntomas subjetivos, aunque cuantitativamente menos que en los casos de remisión completa.

A menudo quedan los reflejos exaltados, restos de hemiparesia y ligera disartria y temblor.

En cinco casos han repetido al cabo de un tiempo del tratamiento los ictus, en tres de los cuales se desarrolló cuadro caquético, como he descrito.

Estado humoral.—En la mayoría he podido hacer comprobación humoral de líquido céfalo-raquídeo dentro del año de tratamiento, habiendo observado lo que acostumbra a ser regla; disminución, normalización de células, disminución de albúmina entre 30 a 40 gr. por 1000 y disminución de globulinas. Las curvas coloidales sin modificación, o curva tabética o sifilítica.

De los 18 casos, sólo en ocho he podido seguir más de 2 años las reacciones humorales. Dos, que negataron dentro del primer año y seguidos

durante cuatro años, siguen negativos. En otros dos casos se han necesitado cuatro años, negativando paulatinamente y siendo actualmente completamente negativos. En otros cuatro casos, dos continúan positivos y en dos las curvas coloidales casi negativos, mientras que el Wassermann Ho.

Estado general.—La mayoría presenta buen estado general.

CONCLUSIONES

1.^a En la mayoría de enfermos remitidos al exámen se comprueba debilidad mental, la cual es proporcional al tiempo en curso de la enfermedad, al déficit mental anterior y a las perturbaciones neurológicas.

Se comprende que así suceda. La destrucción parálitica evoluciona paralela a la destrucción anatómica. Es seguro que las lesiones anatomo-patológicas preceden a la sintomatología mental y nerviosa y que al avanzar dichas lesiones, darán lugar a su expresión clínica, con la cual avanzarán paralelamente. Cuantos más síntomas clínicos, más lesiones destructivas. Por lo tanto, los síntomas demenciales y neurológicos corresponden a destrucciones, que suponiendo que con el tratamiento se detengan, lo ya destruido tendrá su expresión sintomática, que será definitiva.

De aquí que la primera indicación y conclusión sea el tratamiento precoz.

2.^o En las formas expansivas recientes, los resultados son más acentuados que en las formas demenciales.

Esta conclusión, es consecuencia del anterior, pues no se trata de que una forma sea más influenciada que otra, sino que en aquella el tratamiento acostumbra a ser más precoz.

Cuando una parálisis general debuta en forma expansiva, llaman la atención sus síntomas y el paciente es internado y diagnosticado antes.

En cambio, las otras formas, como el enfermo cumple automáticamente sus ocupaciones y no llama la atención su conducta, el diagnóstico es más tardío; tanto es así, que a pesar de manifestar la familia que los trastornos empezaron hace 2 ó 3 meses, bien estudiados los casos, resulta que a veces hace más de un año del inicio de la enfermedad. Júntese a esto que los trastornos no son diagnosticados, pues el insomnio, cefalea, irritabilidad, fatigabilidad, depresión, son atribuidos a mil causas, disgustos, pérdida de trabajo, pequeños traumatismos (los cuales son debidos a su enfermedad) y tratados con sinnúmero de remedios infalibles.

En este punto he de hacer resaltar, que el cuadro clásico de parálisis general, con el delirio de grandezas y expansividad no es en modo alguno, al menos en el tiempo actual, la forma predominante al principio, pues la parálisis general puede simular la mayoría de enfermedades mentales. De aquí la necesidad de la punción lumbar en toda enfermedad mental que debute entre 30 y 40 años, sin antecedentes de trastornos anteriores.

3.^o De los tres casos de suicidio, en dos no parece éste relacionado con el cuadro paralítico, sino debido más bien a predisposición psicopática.

4.^o La mayoría de síntomas neurológicos inflamatorios e ictus desaparecen en los casos mejorados. La repetición de ictus va acompañada de recaída del cuadro, siendo su resultado fatal.

5.º En los casos de remisión completa, hay dos recaídas que corresponden a dos tabo-paralíticos. En los mejorados, tres recaídas. Los cinco casos presentaron ictus convulsivos, seguidos de curso agudo. Los cinco presentaban líquidos positivos. La recaída se presentó antes del año y medio.

6.º De los 25 casos de comprobación humoral entre los 2-5 años del tratamiento, 10 casos han negativado (40 %). En los demás casos es más frecuente la negativación de todas las reacciones, menos el Wassermann. Las negativaciones son proporcionales al tiempo de observación.

7.º Las negativaciones humorales las he observado en casos estacionarios que llevan 3 a 5 años de observación, en proporción semejante de la que se observa en los casos de remisión completa. De manera que la estadística no abona pensar que la negativación humoral corresponda a la mejoría clínica.

Quizá podrá interpretarse este hecho de la siguiente manera: que los casos estacionarios con 3 a 5 años de observación y negativación humoral, corresponderían a los casos de remisión completa, con la diferencia que en los primeros el tratamiento es tardío y en los segundos precoz.

8.º No encuentro características especiales en cuanto edad de los pacientes ni tratamiento seguido anteriormente.

9.º Se comprende que los resultados actuales, podrán ser mejorados, cuando el tratamiento corresponda a la fase pre-clínica de la parálisis general.

Discusión:

DR. BELLIDO.—Felicito al Dr. Pons Balmes, y pido que me aclare su opinión sobre el mecanismo de las muertes atribuibles al tratamiento. Conceptúo la malarioterapia como una pirogenia accesional que podemos interrumpir con el tratamiento adecuado, pero que será más manejable cuando dispongamos de técnicas a propósito, con otros medios (infecciones, drogas, ondas de alta frecuencia), capaces de ocasionar accesos febriles.

DR. DOMINGO.—Me interesa pedir al disertante el método seguido para yugular la malaria, ya que la cifra de 18 muertes debidas al tratamiento me parece muy elevada.

Creo que la piroterapia malárica actúa por algo más que por el aumento térmico estricto. Por esto se la debe separar de los otros procedimientos termógenos y valorarla debidamente para no aceptar cifras de mortalidad debidas al tratamiento que no le sean estrictamente atribuibles.

DR. SALVAT Y NAVARRO.—Coincido con los Dres. Bellido y Domingo al considerar elevados los datos de mortalidad procedentes de la malaria misma.

Además de rogar al comunicante informes más amplios acerca del tratamiento esterilizante empleado para descartar la malaria después de cumplidos sus efectos, deseo saber si se hace la selección de especies de los hemotozoarios. Parece conveniente descartar la especie *falciparens*, y atenerse al *vivax* de la terciana.

Por otra parte, cuando hayan gametocitos, además de esquizontes, la esterilización quinínica no será suficiente, y se necesitará la colaboración de la plasmocina y los arsenobenzoles.

DR. PEYRÍ (JAIME).—Felicito al Dr. Pons Balmes por el acierto de haber traído el problema a la Academia; este problema punzante de la terapéutica antisifilítica.

Nosotros tenemos dos muertes en nuestra estadística, las dos por paludismo (bazo e hígado grande), consecuencia de un paludismo intermitente que se ha convertido en continuo.

Respecto a la especificidad, creemos que la malarioterapia tiene una superioridad sobre los otros procedimientos piretotépicos, por la influencia del paludismo sobre los órganos hemato y leucopoyéticos.

Además, creemos en la utilidad de la quinina como tratamiento de curación del acceso, cuyas propiedades quimiotácticas negativas son útiles para la actuación sobre el proceso de la parálisis general progresiva.

DR. CIRERA.—He tomado la palabra para adherirme a la indicación que acaba de hacer el Dr. Bellido respecto a la piroterapia obtenida mediante las corrientes de alta frecuencia, diatermia con o sin placas, medio que creo no debe ser olvidado, ya que con buena técnica es completamente inocuo.

Carpenter, de Nueva-York, afirma que ha conseguido éxitos rotundos con ondas cortas, así como Neymann, de Chicago, parece ha conseguido los mismos resultados con el calentamiento mediante aparatos de diatermia de mucha potencia. Schliefake comprueba que se puede usar a este mismo efecto la cama condensadora. También Blacklader ha obtenido buenos resultados.

Los resultados obtenidos por C. A. Wegmann y S. L. Asborne en el tratamiento de la *parálisis general* por la piroterapia diatérmica han sido superiores a los que se obtienen por la malarioterapia, sin los serios inconvenientes de este procedimiento, que por sí solo produce algunas defunciones.

La diatermia permite una vigilancia constantemente graduada y controlada durante algunas horas. Grandes electrodos. Sesiones, dos por semana, de cinco a seis horas de duración.

Unas veinte sesiones para una cura. Los resultados han sido buenos: de 36 enfermos tratados, 16 han podido volver al trabajo. (Journal of the American Association, enero 1931) Y no detallo más, porque estos resultados fueron expuestos en esta misma tribuna en la sesión científica de 29 de febrero de 1932.

Rectificación:

DR. PONS BALMES.—A la pregunta del Dr. Bellido he de recordar que, a pesar de exponer la estadística total y en ella la mortalidad de 12,8 %, atribuible al paludismo, no he hablado de estos casos detalladamente, pues serán objeto, con los estacionarios, de otra comunicación.

De todas maneras, debo manifestar que dicha mortalidad se explica, no por las características del paludismo solamente, pues la misma semilla lleva más de 150 pases, sino más bien por el terreno paralítico.

Son varios los casos incluidos en este grupo que han muerto de paludismo, por desarrollarse fiebres continuas, cuyo examen hematológico denunciaba enorme cantidad de parásitos, siendo inútiles los tratamientos

masivos con quinina, plasmuquina, stovarsol y arsenobenzol. Así puede decirse que estos casos han muerto de paludismo. Pero por otra parte, se ha de tener en cuenta el terreno paralítico, en el cual la acción del treponema, no se limita al sistema nervioso, sino que abarca a todo el organismo (téngase en cuenta la casi constancia de lesiones aórticas) y además que gran número de enfermos son avanzados, precaquéticos, por lo que se comprende puedan desarrollar paludismo grave. Así estos casos no se limitan solamente a presentar fiebres, sino también rápida pérdida de fuerzas, diarrea que resiste a toda medicación, deshidratación rápida, insuficiencia cardíaca, etc. Además, este mismo cuadro puede desarrollarse también, con todo y haber cedido las fiebres, siendo causa de muerte.

También durante el paludismo hay casos que han presentado ictus paralíticos, siendo imposible eliminar el factor desencadenante que el paludismo pueda ser. Claro que los ictus, independientemente del paludismo, son la causa más frecuente de muerte en la parálisis general.

Además son relativamente frecuentes otras complicaciones. El Doctor Peyrí ya nos ha hablado de un enfermo que a la autopsia presentaba un bazo enorme (caso inoculado con nuestra semilla). También se observan hemorragias, complicaciones cardio-renales, ictericias, etc.

Por supuesto, podría modificarse la estadística seleccionando casos con buen estado general y recientes. Pero teniendo en cuenta que algunos casos relativamente avanzados han mejorado, no sé hasta donde podemos dejar de probar el tratamiento, cuando sabemos que el pronóstico es fatal. Solamente citaré la estadística de paralíticos que han pasado por el Manicomio de San Baudilio (hombres), desde 1890 hasta 1928, la cual he repasado. De un total de 552 paralíticos murieron antes del mes 35; antes de los 6 meses, 147; antes del año, 155; de modo que antes del año, habían muerto 337 enfermos, cifra que corresponde a un 60 %. Antes de los dos años la cifra de muertes alcanza 86 %. De modo que aún en los casos desgraciados, todo lo más que hacemos es adelantar unos meses el resultado fatal.

Dejando aparte el mecanismo de acción del paludismo, no resuelto, los resultados de los medios sustitutivos del paludismo en la parálisis general, son muy inferiores. Además, por lo que se refiere a la vacuna antitífica, mi experiencia en la esquizofrenia no me permite ser optimista en cuanto a complicaciones; a pesar de no encontrar alusión a las mismas en la literatura sobre antitífica. En cuanto al tratamiento más reciente con diatermia de que ha hablado el Dr. Cirera, nuestra experiencia personal (reducida), por el procedimiento y electrodos descritos por los Dres. Neymann y Osborne, no concuerda con los resultados expuestos por dichos autores (Neymann and Koenig. The Journal of the Amer. med. Assoc. 30 Mayo de 1931). Claro que no partimos de material uniforme.

Actualmente se ensaya el procedimiento denominado de electropirexia, con el que se produce fiebre por medio de aparatos de onda corta, sin electrodos. He de hacer resaltar que (dejo aparte los resultados) económicamente no es asequible a la mayor parte de instituciones (1).

Apunto solamente el moderno procedimiento del Dr. Ducosté de la

(1) El coste del aparato de la fundación Rotchild es de 280.000 francos.

impaludización cerebral e intraventricular. Sobre este punto existe una documentada tesis de París del Dr. Couloudonne.

En cuanto a la posibilidad de malignidad del parásito que podría, según el Dr. Salvat, ser la causa de mortalidad, puede eliminarse, pues si bien es posible que en los primeros pases no sea diagnosticada una forma maligna, hago resaltar que el parásito actual lleva más de 150 pases de hombre a hombre en forma asexuada, de modo que por los análisis y el comportamiento benigno corriente excluyo tal posibilidad.

En cuanto a la poca eficacia del tratamiento por la quinina y a la utilidad de la plasmocina y arsenicales, como han sugerido los Dres. Salvat y Domingo, he de recordar que la quinina, plasmocina, stovarsol y neosalvarsán han sido usados en todo los casos de fiebre continuas, siendo el paludismo experimental sumamente sensible a la quinina.

En cuanto a la presencia de gametocitos como causa de tal resistencia, como ha manifestado el Dr. Salvat, no tengo gran experiencia personal, pero es asunto estudiado desde los trabajos de Barsilai-Vivaldi, que después de varios pases en forma asexuada de los plasmodios, desaparecen los gametocitos, atribuyéndose a esta causa la gran sensibilidad del paludismo experimental a la quinina, y que no sea foco de propagación palúdica en localidades donde existan anofeles.

Agradezco al Dr. Peyrí su autorizada aportación, con la que estoy de acuerdo.