

LA NEUROLOGÍA EN 1929

Por los doctores L. Babonneix, Médico del Hospital San Luis, de París, y Gabriela Lévy, Médico adjunto del Hospicio Pablo Brousse

No pretendemos pasar revista aquí a todos los asuntos interesantes; que han sido discutidos por los neurólogos durante el año que acaba de transcurrir.

Nuestro objeto es tan sólo exponer algunos hechos **que**, de un modo más especial, han llamado la atención de los observadores de todos los países, y de aquí que nos **ocupemos** sucesivamente de:

La malaria terapia en la parálisis-general;

El espasmo de torsión y el tortícolis espasmódico; La cirugía del simpático;

Y, finalmente, los *trastornos psíquicos relacionados con la heredosifilis*, asunto sobre el cual uno de nosotros ha **publicado** un trabajo.

I.— LA MALARIA TERAPEUTA EN LA PARÁLISIS GENERAL.

Sabido es que los trabajos publicados durante estos últimos años, y en especial los de Wagner Jauregg, han demostrado la eficacia de la malariaterapia en algunos casos de parálisis general.

Analícemos, pues, este tratamiento, es decir, estudiemos cuáles son sus indicaciones, sus con-

traindicaciones y los resultados que de él podemos esperar.

Pero, ante todo, expongamos la manera de ejecutarlo en la práctica.

Después de las numerosas publicaciones de Claude, Crouzon, Souques, Sicard y Fribourg-Blanc, que han **introducido** este método en Francia, la técnica que debe seguirse ha sido precisada, pudiendo resumirla en los siguientes términos, se practica una inoculación de fiebre terciaria, por ser la tropical demasiado virulenta, y la cuartana, difícil de obtener.

El donante es un palúdico indudable, en período de accesos, sin que sea indispensable la demostración de los parásitos durante los accesos.

La inoculación puede practicarse debajo de la piel de la espalda o en las venas. la primera técnica reclama 5 cc. de sangre y produce un paludismo de incubación larga (15 días), de comienzo progresivo. Constituye el método de elección en los individuos debilitados.

La segunda no **reclama** más que 1 a 2 cc. de sangre, da un paludismo de incubación corta (4 a 6 días) y está indicado en

los individuos jóvenes y robustos.

Los accesos típicos van a veces precedidos de una febrícula continua P, Chevallier, conviértese casi siempre en cotidianos irregulares sin horario fijo. Pueden ir acompañados de accidentes, de los cuales, uno, la hipertermia excesiva, puede ser moderada con la quinina; y el otro, el colapso cardíaco, con las medicaciones clásicas.

Después de unos diez accesos, hay que cortar el paludismo administrando un gramo de quinina (clorhidrato o sulfato por la boca) al día, durante tres o cuatro días; después 50 cgr. durante tres días. Una vez dominado el paludismo se procede sin pérdida de tiempo a practicar una cura específica de 914, seis grs. en ocho semanas.

Por lo que se refiere a las reimpaludizaciones, pueden ser precoces o tardías. Las precoces permiten malarizar de un modo suficiente los individuos cuyo estado general sea precario, que no toleran más allá de cinco a seis accesos (Wagner Jauregg.)

Las tardías se emplearán cuando las primeras hayan fracasado.

Wagner Jauregg maraliza los parálisis generales que después de diez a doce meses no han obtenido beneficio alguno con la primera inoculación, y aquellos otros cuya enfermedad, tras una sedación pasajera, se agrava de nuevo.

La indicación de este tratamiento es exclusivamente la parálisis general, antes del período de lesiones constituidas e irremediables, es decir, desde el punto de vista clínico, antes que haya aparecido la demencia, el delirio o la caquexia.

Las contraindicaciones, además de la evolución demasiado adelantada de la enfermedad, son; la edad demasiado adelantada del enfermo o algunas afecciones concomitantes, en especial la tuberculosis pulmonar, las afecciones agudas o crónicas del hígado, las enfermedades del riñón y las cardiopatías mal compensadas (Fribourg-Blanc)

Los resultados obtenidos, según se desprende de las estadísticas de Chevallier y J. Meyer, son; 33 por 100 de fracasos; otro tanto de éxitos parciales, y el mismo número, de éxitos nota-

bles. Entre estos últimos, los autores han observado una mejoría duradera, mejoría que en algunos enfermos viene persistiendo desde cinco a diez años. (1.)

Fribourg Blanc hace mención de un caso en que fue tan acentuada la mejoría, que el enfermo pudo volver a desempeñar su profesión. Son tanto más acentuadas cuando más pronto ha sido comenzado el tratamiento, y se trata de formas hipomaniacas.

En definitiva, la influencia terapéutica de la malariaterapia sobre la parálisis general se manifiesta de un modo tan brillante, que su acción no puede ser comparada a ningún otro de los tratamientos conocidos (J. Lhermitte.)

La malariaterapia de la parálisis general pone sobre el tapete

una cuestión muy importante desde el punto de vista práctico: la restitución de sus derechos civiles a un paralítico general aparentemente curada

¿En qué indicios podemos fundarnos para ello?

Pajoga (2), en un estudio muy interesante sobre ello, dice que debemos tener en cuenta dos hechos muy importantes:

En primer lugar, la reaparición de la facultad de trabajo:

(1) P. CHEVALLIER: *La Pratique Médicale Française*, septiembre de 1929.

(2) POJOGA: El tratamiento de la parálisis general con la malariaterapia y el problema del peritaje (*Annales Médico-Psychologiques*, noviembre de 1929.)

después de la malariaterapia, puede presentarse en un período de seis meses después del tratamiento.

Pero hay que saber también, por otra parte, que algunos de los índices somáticos de la afección (pupilas, trastornos de los reflejos cutáneos) pueden persistir a pesar de la reconstitución completa de la facultad de trabajo, y que lo propio cabe **decir** de las reacciones humorales, por lo menos durante un cierto tiempo después del tratamiento. La curación no es más **que** clínica.

La importancia de la reacción del suero sanguíneo y del líquido cefalorraquídeo ha sido diferentemente apreciada según los autores.

El propio Wagner Jauregg considera que en algunos casos después de la malariaterapia, la reacción del líquido cefalorraquídeo es cada vez más débilmente positiva, acabando por ser completamente negativa, aun sin haber empleado ningún tratamiento específico, por la sola acción tardía y misteriosa de la malariate-

rapia. Estos casos constituirán, pues, verdaderas curaciones, **sin** amenaza de recidivas, en tanto que en los demás casos, el líquido cefalorraquídeo no evolucionará hacia la mejoría gradual, y las recidivas serán **posibles**.

Así, pues, en el estado **actual** de nuestros conocimientos, y ateniéndonos a los datos de **Pajoga**, el examen del líquido cefalorraquídeo después de malariaterapia, en un parálisis genera, **no** puede servirnos de base para apreciar la curación en un **caso** determinado durante los primeros meses, **a** veces durante **seis** meses o también durante el año siguiente al tratamiento.

Este autor deduce que **cuando** sean llamados los peritos para dictaminar sobre la aptitud de un enfermo de esta categoría para ser reintegrado en la posesión de sus derechos, no deben aquellos dictaminar antes de haber transcurrido seis meses después de la malariaterapia.

Admite, por otra parte, que la exageración de los reflejos, la desigualdad pupilar, etc., así co-

