

REAL ACADEMIA  
DE MEDICINA Y CIRUGIA  
DE MURCIA



SESIÓN PÚBLICA INAUGURAL DEL CURSO  
ACADÉMICO CELEBRADA EL DÍA 26  
DE ENERO DE

1930



MURCIA  
TALLERES TIPOGRÁFICOS DE "LA VERDAD"  
1930

5-E  
LXVI  
25



Real Academia  
de Medicina  
BIBLIOTECA

ESTE 7  
TABLA B  
Núm. 702



R. 775





REAL ACADEMIA  
DE MEDICINA Y CIRUGIA  
DE MURCIA



SESIÓN PÚBLICA INAUGURAL DEL CURSO  
ACADÉMICO CELEBRADA EL DÍA 26  
DE ENERO DE

1930



MURCIA  
TALLERES TIPOGRÁFICOS DE "LA VERDAD"  
1930





# MEMORIA

de la Real Academia de Medicina del  
distrito de Murcia, leída en la sesión  
inaugural de 26 de Enero de 1930  
por el

Dr. D. Laureano Albaladejo Cerdán







EXCELENTÍSIMOS E ILUSTRÍSIMOS SEÑORES:

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES:

En la Memoria actual de esta Secretaría perpetua, en la que por azares de la suerte, y el mandato de vosotros para que ocupe otro puesto, hacen que sea la última y una vez más se dé la paradoja de finalizar una cosa que es perpetua, como para demostrar que nada existe permanente en este mundo, que todo pasa... En esta Memoria última, repito, no quiero dejar de agradecer a todos el afecto y cariño demostrado en los 19 años que he desempeñado el cargo de Secretario, y la benevolencia con que año tras año habeis escuchado el resumen de las actividades y las efemérides ocurridas que, por imperativo de nuestro Reglamento, he estado obligado a leer, en la sesión anual de inauguración, de las tareas científicas de esta Real Academia de Medicina.

La labor llevada a cabo por S. S. en el año que ha finado es intensiva y los trabajos realizados en esta Real Academia de Medicina los vamos a exponer a continuación, sintiendo que los límites de esta Memoria no permitan describirlos de una manera detallada. Mas como todos habeis asistido a nuestras sesiones y habeis intervenido en ellas, siendo vosotros mismos el eje sobre el que ha marchado esta Corporación científica, será este resumen de trabajos, únicamente el índice, que servirá para recordar toda la labor encerrada en las actas de las sesiones celebradas durante todo el año.

\* \* \*

La sesión inaugural, con el discurso doctrinal sobre la "Vejez", a cargo del doctor Piquer Hernando, constituyó el día 27 de enero, la primera página de un libro ideal que recopilase todos los trabajos científicos de esta Real Corporación.

Después de leída la Memoria de esta Secretaría, que reseñó los llevados a cabo en el año anterior, el señor don Salvador Piquer nos



habló de la vida, tema para todos interesante, haciendo un resúmen Silogénico, que demuestra su vasta cultura y que le lleva a comparar la vejez en los distintos grados de los seres inferiores, estudiando las maneras que cada uno de ellos tiene para renovarse. Estudia a continuación, los distintos métodos de rejuvenecimiento en boga, considerando el de Voronoff y su escuela, como anticientífico e inmoral y termina tan ameno discurso, con un poético “adiós a la juventud”, que me hizo recordar las suaves ironías de las memorias de Gutiérrez Gamero.

La sesión literaria del día 1.º de mayo de 1929, fué interesantísima para Murcia y especialmente para su abastecimiento de aguas, como que ello sólo constituye un gran problema, no resuelto todavía y de vital interés para la población.

Con motivo de una comunicación del que suscribe, acerca del abastecimiento de aguas de Sevilla, visitada recientemente, por haber tenido lugar en dicha población la VII Asamblea de Subdelegados de Sanidad de España, el Excmo. Sr. Inspector provincial de Sanidad, hizo un magistral estudio de los proyectos de abastecimiento de aguas, que se presentaron en un concurso que con tal objeto, hizo el Ayuntamiento de Murcia bajo la presidencia del doctor Pérez Mateos. Lamenta de que no se haya llevado ninguno de ellos a la práctica, especialmente el del señor Ocampo, que era, a su entender, el que mejor se adaptaba a las necesidades de la población.

Demuestra la insuficiencia del alcantarillado en construcción, haciendo un estudio crítico y sanitario de capacidad, de material y de la forma en que se han instalado las conducciones sin lecho de protección, que pueden con gran facilidad infectar el subsuelo, por roturas frecuentes y teme que, a pesar de que tengamos alcantarillado continúe Murcia, por estas razones, tan insalubre como actualmente se encuentra, resultando inútiles los sacrificios del pueblo, los desvelos de su Ayuntamiento y las iniciativas sanitarias de nuestra primera autoridad.

Intervienen en la discusión varios señores Académicos y el señor Presidente hace el resumen de lo tratado, lamentando que en tiempo oportuno no se tomara en cuenta el informe que esta Real Academia de Medicina dió al Excmo. Ayuntamiento de Murcia.

En la sesión de 3 de junio, el Académico corresponsal y Vice-director de la Sociedad Económica de Amigos del País, doctor Giner, nos dió una notable conferencia sobre el tema “La peritonitis adhesiva, reflexiones clínicas”. En ella se vió en todo momento, al prestigioso especialista del aparato digestivo, así como al estudioso Médico. Nos



citó los trabajos de Pillet, Costa, Letulle y Weñubey, las observaciones de Talamón y Paviot y las opiniones de Churay, Pavel, Tripiez y después de una brillante exposición de cuadros clínicos, pasó a ocuparse del tratamiento de todas estas lesiones.

En la sesión literaria de julio el doctor Albaladejo García, a invitación del Presidente en funciones Excmo. Sr. D. Emilio Sánchez García, desarrolló el tema "Estudio epidemiológico de la fiebre de Malta en Granada y forma en que se ha llevado a efecto."

Siguió el curso de conferencias y en el mes siguiente tocó el turno para ocupar la tribuna al doctor García Villalba, que con su acostumbrada maestría nos habló de la "Estadística de los procesos infecciosos durante el último decenio". Con la irrefutable elocuencia de los números, nos hizo ver las muertes ocasionadas por enfermedades evitables y que han llenado de luto muchísimos hogares. ¡2.186 defunciones por fiebre tifoidea, que se hubieran evitado con un buen abastecimiento de aguas! Después nos habla de la tuberculosis y la distribución de la enfermedad en los diferentes pueblos de la provincia, de las medidas que cree convenientes para combatirla y de las puestas en práctica por la primera autoridad de la provincia para llevar a cabo el censo sanitario.

El señor Gelabert desarrolló, en la sesión literaria de 9 de noviembre, un tema de gran interés científico, que demuestra la solidez y profundidad de sus conocimientos sobre la materia. Trató de "La físico-química de la desinfección", tanto más oportuno en la actualidad, que todos los procesos biológicos, tienden a ser explicados por la química y la biología y que éstos y la física, van adquiriendo su mayor campo de acción en la Medicina.

Analizó el conferenciante, la manera de actuar de los distintos desinfectantes sobre los gérmenes a destruir, y la modificación del poder bactericida de algunos de ellos por la adición en su molécula de distintos grupos funcionales; terminando tan interesante trabajo, haciendo resaltar el valor de la desinfección por los agentes físico-químicos, cuyos mecanismos de acción había ya expuesto.

El día 12 de diciembre se cerró el ciclo de conferencias tan sabiamente organizado por el infatigable Presidente de la Corporación, con una, bien nutrida de ciencia, sobre el tema "Concepto actual de las supuraciones del ático", en la que el doctor Pérez Mateos, distinguido especialista y Presidente actual de la Federación de Colegios Médicos, nos dió a conocer, a la vez que sus estudios en la materia, las causas por qué unas supuraciones del ático se extienden rápidamente, con notoria gravedad para el órgano afecto, y otras por el contrario,



se acantonan en una de sus distintas cavidades, no pasando a las demás. Para mayor claridad, hizo un resumen de la embriología del oído y una descripción anatómica finísima del ático.

Con esta base, establece unos cuadros clínicos, con los que va aclarando los problemas de etiología, patología, diagnóstico y tratamiento de las otitis.

El ideal, dice, es llegar en el oído, a la cirugía conservadora, para lo cual es indispensable que el enfermo vaya a manos del Otólogo oportunamente, y termina fijando bien los términos del criterio conservador y el anti-intervencionista, señalando cuáles deban ser las normas a seguir por el Médico, en armonía con el concepto clínico actual de estas lesiones.

Como veis, esta Real Academia ha tocado durante el año, varios de los asuntos en que el progreso de la Medicina la hace cambiar de perspectiva y obliga al Médico al estudio constante de las materias que constituyen la disciplina de su carrera, y también se han examinado algunos de los problemas sanitarios locales, de tan gran importancia en nuestra provincia, que su pronta resolución implicaría el ahorro de muchas vidas perdidas en cada año.

Al concurso de premios anunciado para el año anterior han concurrido dos trabajos que la Comisión nombrada al efecto está estudiando para que su informe, aprobado ya por la Academia, sea dado a conocer en este solemne acto.

Son varios los accidentes del trabajo en que esta Corporación ha tenido que conocer y en los cuales, como es norma de este superior tribunal, se ha dado la razón al que científica y moralmente le ha correspondido, aun cuando en algún caso el informe de la Real Academia de Medicina no se haya tenido en cuenta.

En la última sesión y convocada al efecto, tuvo lugar la renovación de la Junta directiva que ha de regir los destinos de esta casa para el bienio de 1930 y 1931.

La enfermedad que tenía alejado a nuestro querido Presidente don Claudio Hernández-Ros, de las actividades de esta Academia, le ha obligado, con gran sentimiento de todos, a dejar la presidencia, más como nuestro deseo era el de retenerle entre nosotros, siquiera espiritualmente, se le ha rogado acepte la presidencia honoraria y ya que no siempre, en aquellas sesiones más solemnes, si su estado se lo permite, nos honre con su asistencia. Así nos lo ha prometido.

A la presidencia efectiva ha pasado el doctor don Emilio Sánchez García, que bien tiene demostrados su actividad, sus conocimientos y su amor a la Academia.



Del Vice-presidente no tengo nada que decir; ya lo conoceis y yo también lo conozco.

Para Secretario ha sido designado don Francisco Ayuso Andreu, que como Vice-secretario-contador de aquí y como Secretario de otras Corporaciones, sabemos que desempeñará el cargo como el mejor, y será ayudado eficazmente por el nuevo Vice-secretario señor Martínez Torres, que pasa a ocupar ese cargo por sus muchos merecimientos.

Han sido reelegidos, el Tesorero señor Gómez García, al que deseo muchos años de vida y muchos fondos que custodiar y el Archivero señor Gelabert, que seguramente dará gran impulso al Archivo de esta Corporación, en cuanto se le faciliten medios para ello.

Voy a terminar, señores Académicos, porque estareis impacientes por escuchar, y yo el primero, la autorizada palabra y concisión de conceptos del señor Gómez García, encargado del discurso doctrinal que versará sobre “Malarización de los paralíticos generales”, y en cuyo trabajo revelará, de seguro, al clínico consumado y al maestro indiscutible. Y dicho esto, solo me resta felicitar a todos por la feliz entrada de año y dar las gracias por la asistencia a este acto y por la paciencia y atención con que me habeis todos honrado escuchándome.

Gracias también a todas las Autoridades, a las que rigen los destinos de la provincia y del Municipio, tan dignamente representadas.

HE DICHO

\* \* \*

## CONCURSO DE PREMIOS DEL AÑO 1929

Abiertas las plicas de las memorias premiadas con accésit, resultaron pertenecer, las deñaladas con el lema “Loreninas”, autor don Alfonso Gil Blanco, residente en Ferrol; y la del lema “Qui legitime certaverit coronavitur”, autor don Vicente Arroba Juzgado, residente en Toledo.

Tomó posesión en la sesión del día 11 de diciembre de 1921. Ostenta la Medalla núm. 14, con domicilio en la plaza de San Julián, nú-

## Concurso de premios para el año 1930

Con el objeto de estimular el estudio de las Ciencias médicas y cumplir lo preceptuado en los Estatutos, esta Real Academia ha acordado abrir un concurso en la forma siguiente:



PREMIO.—Se adjudicará una medalla conmemorativa, diploma especial y el título de Académico Corresponsal, si no lo fuere el agraciado, a la Memoria que mejor desarrolle un tema de actualidad de Medicina o Cirugía de libre elección.

PREMIO.—Se adjudicará un premio de 250 pesetas en metálico, donado por el Excmo. Sr. Dr. D. José García Villalba, Académico e Inspector provincial de Sanidad, a la mejor topografía médica de cualquiera de los pueblos del Distrito que comprende esta Real Academia, siempre que no hubiera sido publicado con anterioridad.

A cada uno de estos premios se concederá un accésit que consistirá en diploma especial y el Título de Académico Corresponsal en iguales condiciones.

I. Las Memorias que se presenten estarán escritas en castellano, sin firma-rúbrica, ni indicación que pueda revelar el nombre del autor.

II. A cada una de ellas acompañará un pliego cerrado en el que consten el nombre, apellido y residencia del autor. Este pliego vendrá señalado con un LEMA que figure en la primera página de la Memoria.

III. Las Memorias se dirigirán a la Secretaría de la Corporación donde se expedirá a quien lo solicite el correspondiente recibo de la entrega.

IV. El concurso quedará cerrado el 30 de septiembre de 1930.

V. La Academia publicará oportunamente los LEMAS de las Memorias recibidas, así como los de aquellas que juzgue acreedoras a premios.

VI. Su adjudicación se verificará en la sesión pública inaugural del año 1931, abriéndose en el mismo acto los pliegos que deben contener el nombre del autor o autores de las Memorias premiadas e inutilizándose los de aquellas que no hayan obtenido premio.

VII. No pueden tomar parte en el concurso los Académicos de número de la Corporación.

VIII. No se podrán retirar las obras presentadas, quedando de propiedad de la Academia.

Murcia 25 de enero de 1930.

*El Presidente,*

EMILIO SANCHEZ GARCIA

*El Secretario-perpetuo,*

FRANCISCO AYUSO ANDREU



PERSONAL Y SECCIONES  
DE ESTA ACADEMIA







## Presidencia de honor

Iltmo. Sr. D. Claudio Hernández-Ros

## Junta Directiva

PRÉSIDENTE

Excmo. Sr. D. Emilio Sánchez García

VICE-PRÉSIDENTE

Iltmo. Sr. D. Laureano Albaladejo Cerdán

SECRETARIO PERPETUO

Sr D. Francisco Ayuso Andreu

VICE-SECRETARIO CONTADOR

Sr. D. Pablo Martínez Torres

TESORERO

Sr. D. Luis Gómez García

BIBLIOTECARIO

Sr. D. Enrique Gelabert Aroca

VOCALES

Todos los Sres. Presidentes de Sección

## Comisión permanente de Medicina Forense

PRÉSIDENTE: Iltmo. Sr. D. Laureano Albaladejo Cerdán

SECRETARIO: Don Francisco Ayuso Andreu

VOCALES: Don Salvador Piquer Hernando

” ” Luis Gómez y García

” ” José Más de Béjar

” ” Manuel Rebordosa



## Comisión permanente de Geografía, Medicina y Epidemiología

PRÉSIDENTE: Excmo. Sr. D. José García Villalba

SECRETARIO: Don Pablo Martínez Torres

VOCALÉS: Don Enrique Gelabert Aroca

” ” Francisco Alemán Guillamón

” ” José Pérez Mateos

” ” Antonio Guillamón Conesa (electo)

## Sección de Anatomía y Fisiología normales y Patológicas

Itmo. Sr. Don Laureano Albaladejo

Doctor Don Salvador Piquer Hernando

” ” José Más de Béjar

” Un Veterinario (vacante)

## Sección de Medicina

Excmo. Sr. Don José García Villalba

Doctor Don Pablo Martínez Torres

” ” Francisco Alemán Guillamón

## Sección de Cirugía

Excmo. Sr. Don Emilio Sánchez García

Doctor Don José Pérez Mateos

” ” Antonio Guillamón Conesa (electo)

## Sección de Higiene, Farmacología y Farmacia

Doctor Don Francisco Ayuso Andreu

” ” Luis Gómez García

” ” Emilio Sánchez García

” ” Enrique Gelabert

” ” Manuel Rebordosa Sadurni



Relación de los Sres. Académicos que componen  
esta Real Academia de Medicina con expresión  
del número de la Medalla de antigüedad y  
domicilio de cada uno

*Ilmo. Sr. Dr. Don Claudio Hernández-Ros*

Tomó posesión en la sesión del 17 de abril de 1882. Ostenta la Medalla núm. 4, con domicilio en el Paseo del Malecón, letra A.

*Excmo. Sr. Dr. Don Emilio Sánchez García*

Tomó posesión en la sesión del día 14 de julio de 1901. Ostenta la Medalla núm. 5, con domicilio en la calle de Selgas, núm. 11.

*Ilmo. Sr. Dr. Don Laureano Albaladejo Cerdán*

Tomó posesión en la sesión del día 22 de septiembre de 1901. Ostenta la Medalla núm. 2, con domicilio en la calle de San Antonio, número 3

*Sr. Don Luis Gómez García*

Tomó posesión en la sesión del día 9 de marzo de 1913. Ostenta la Medalla núm. 1, con domicilio en la plaza de San Bartolomé, núm. 6.

*Sr. Dr. Don Salvador Piquer Hernando*

Tomó posesión en la sesión del día 16 de marzo de 1913. Ostenta la Medalla núm. 6, con domicilio en La Alberca.

*Sr. Don Francisco Ayuso Andreu*

Tomó posesión en la sesión del día 6 de abril de 1913. Ostenta la Medalla núm. 11, con domicilio en la calle de Montijo, núm. 9.

*Dr. Don Enrique Gelabert Aroca*

Tomó posesión en la sesión del día 22 de abril de 1917. Ostenta la Medalla núm. 13, con domicilio en la calle de Santa Teresa, núm. 27.



*Excmo. Sr. Dr. Don José García Villalba*

Tomó posesión en la sesión del día 6 de noviembre de 1921. Ostenta la Medalla núm. 9, con domicilio en la calle de Garnica, núm. 1.

*Sr. Don Manuel Rebordosa Sadurni*

Tomó posesión en la sesión del día 27 de noviembre de 1921. Ostenta la Medalla núm. 10, con domicilio en la plaza de San Julián, número 12.

*Dr. Don Pablo Martínez Torres*

Tomó posesión en la sesión del día 15 de diciembre de 1921. Ostenta la Medalla núm. 12, con domicilio en la calle de Santa Teresa, número 2.

*Sr. Don José Más de Béjar*

Tomó posesión en la sesión del día 5 de marzo de 1922. Ostenta la Medalla núm. 8, con domicilio en la calle de la Fuensanta, núm. 8.

*Dr. Don Francisco Alemán Guillamón*

Tomó posesión en la sesión del día 21 de marzo de 1926. Ostenta la Medalla núm. 3, con domicilio en la plaza de San Bartolomé, número 4.

*Dr. Don José Pérez Mateos*

Tomó posesión en la sesión del día 18 de noviembre de 1928. Ostenta la Medalla núm. 7, con domicilio en la calle de San Nicolás, número 27.

## Académicos corresponsales residentes en Murcia

Sr. Don Emilio Meseguer Albaladejo. 15 de julio de 1889.—*Plaza de Hernández Amores, 5.*

Sr. Don Ricardo Pravia Rico. 17 de enero de 1891.—*Paseo de Garay.*

Sr. Don José Manuel Gómez Ortega. 16 de febrero de 1905.—*Licenciado Cascales, 9.*



Sr. Don Miguel Angel Cremades. 1.º de junio de 1906.—*Calle de Caravija, 17.*

Sr. Don Tomás Séiquer Pérez. 2 de julio de 1906.—*Calle de Capuchinas.*

Sr. Don José Gallego Alcaraz. 2 de enero de 1911.—*Poeta Sánchez Madrigal.*

Sr. Don Manuel Sánchez Carrascosa. 1.º de febrero de 1912.—*Calle de Simón García.*

Sr. Don Francisco Conejero Ruiz. 1.º de febrero de 1912.—*Plaza de Santo Domingo, 15.*

Sr. Don Juan Antonio Martínez Ladrón de Guevara. 1.º de marzo de 1915.—*San Lorenzo, 4.*

Sr. Don Francisco Giner Hernández. 16 de marzo de 1915.—*San Cristóbal, 5.*

Sr. Don José Sánchez Pozuelos. 1.º de diciembre de 1915.—*Avenida de Canalejas, 2.*

Sr. Don Alfredo Martínez Serón. 1.º de diciembre de 1916.—*Plaza de Chacón.*

Sr. Don Ramón Sánchez Parra. 17 de julio de 1917.—*Balsas, 9.*

Sr. Don Emilio Sánchez Parra. 17 de julio de 1917.—*Andrés Baquero, 21.*

Sr. Don Antonio Hernández-Ros. 1.º de mayo de 1920.—*Paseo del Malecón, letra A.*

Sr. Don Laureano Albaladejo García. 1.º de mayo de 1920.—*Calle San Antonio, 5.*

Sr. Don Eugenio Alcántara Sáura. 16 de febrero de 1920.—*Plaza de San Bartolomé, 6.*

Sr. Don José Egea López. 16 de febrero de 1922.—*Santa Teresa, 32.*

Sr. Don Salvador Palazón Clemares. 2 de diciembre de 1924.—*San Judas, 2.*

Sr. Don Angel Martín Fernández. 10 de enero de 1925.—*Plaza de Chacón.*

Dr. Don Rafael Criado y Cardona. 17 de febrero de 1930.—*Fábrica del Salitre.*





LA MALARIZACIÓN  
DE LOS PARALÍTICOS GENERALES

Discurso de apertura de la R. Academia de Medicina y Cirugía de Murcia  
en el Curso Académico de 1930  
por el

Académico Numerario D. Luis Gómez







EXCELENTÍSIMO SEÑOR:

SEÑORES ACADÉMICOS:

En el ocaso de mi vida, con los desgastes orgánicos naturales, y cuando los órganos dedicados unos a la percepción y otros a la transmisión de ideas, conceptos y palabras, están ya deteriorados, sirviendo muy mal a su individuo, lo que me llena de temor ante la obligación disciplinaria de tener que hacer un trabajo para esta apertura de curso; obligación que ya el año pasado me fué dispensada por la Corporación, y este año con nobleza y gentileza incomparables se me ofreció el mismo beneficio, que yo no acepté, aun sabiendo que lo que hiciera habría de ser malo, pero entonces apelaba a esa misma gentileza para su benevolencia y disculpa, y una vez decidido surge ante mí la elección del motivo de mi trabajo, que dada la importancia que tiene el asunto a tratar en la disciplina psiquiátrica, a la que oficialmente dedico mis actividades, me invitan a ocuparme de buscar la solución o atenuante de uno de los problemas de más trascendencia, que consuela el ánimo del clínico tantas veces abatido, por la contemplación del horrible cuadro de perturbaciones del paralítico general.

Es hasta el día de hoy ley inmutable la incurabilidad de la demencia paralítica por cuanto está sobradamente demostrado que las lesiones producidas por el espiroquete o sus toxinas, lesiones cerebrales ectodérmicas, son irreparables por que los elementos nerviosos degenerados no pueden obtener la *restitutio ad integrum*. A través del sombrío y doloroso concepto que antecede, E. Kraepelin y S. Lange (Psyatrie, 9.<sup>a</sup> ed. 1927) han dado paso a un rayo de esperanza explicando la patogenia de las remisiones espontáneas, y nos hablan de "curación práctica" llamando así a la mejoría del cuadro clínico, del estado físico, del psíquico, capacidad profesional y prolongación de la vida. Estas remisiones espontáneas que observamos en algunos enfermos, se deben, según afirman dichos autores, a que la infiltración mesodérmica hiperplásico-inflamatoria es capaz de retrogradar, estabilizarse y aun desaparecer. Quiere ello decir que se puede esperar en



todo paralítico general una de estas remisiones, curaciones sociales, y que cabe obtener por diferentes medios la estabilización del citado proceso infiltrativo.

Entre estos medios, la paludización se ha impuesto en primera línea, habiéndose formulado por nuestros compatriotas Vallejo Nájera y Bertoloty, con motivo de la discusión amplia del tema en la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía, la siguiente conclusión que transcribo:

La demostración serobiológica de una parálisis general debe seguirse de la inoculación inmediata del paludismo terapéutico, pues la experiencia ha demostrado que los resultados de la malarioterapia son tanto mejores cuanto más incipiente sea el estado de la enfermedad, sin que la paludización excluya el tratamiento específico, pues debe emplearse en todo caso, de preferencia, enseguida de la malarioterapia.

## HISTORIA

Consiste el método ideado por Wagner von Jauregg, de Viena, denominado malarioterapia, en la inoculación de sangre palúdica. Desde el año 1887 en que publicó su trabajo "La Acción de las Enfermedades Febriles sobre las Psicosis" donde da cuenta de los resultados conseguidos inoculando paludismo y erisipela, hasta el año 1917 que consigue definitivamente ver admitido su procedimiento, ensayó diferentes medios pirogénicos: tuberculinas, vacuna antiestreptocócica, vacuna antitífica, etc. Precursores del psiquiatra vienés fueron Koester y Roseblum que observaron, el primero, siete curaciones y siete mejorías en veinticuatro dementes que contrajeron el paludismo, y el segundo, comprobó experimentalmente el 50 por ciento de curaciones inoculando fiebre recurrente.

No son extraños estos intentos y experiencias de piroterapia, dado el concepto que de antiguo se poseía acerca de la influencia favorable de la fiebre en la curación de las enfermedades mentales, consiguiéndose aquélla con medios irritativos determinantes de supuración; y era también un hecho de observación, apuntado por Baillarger, que los paralíticos afectos de un proceso febril obtenían mejorías psíquicas.

Aceptado con menos excepticismo el hecho curativo evidente de la piroterapia a partir de un trabajo del citado Wagner en 1922, todos los psiquiatras han puesto atención en el asunto y en práctica aquellos elementos de que disponían. Así Plaut y Etenier inoculan espirilos de



la fiebre recurrente africana (espiroquete Duttoni), Sicard inyecta por vía endovenosa la vacuna antichancrosa Dmelcos; Heguenan y Dreyfus inoculan tripanosomas; Salomón, de Boston, Berk y Clay emplean el espiroquete del sodoku, *morsus muris*; Wurz, de Basilea, el espirilo de Obermeier, y otros han empleado el nucleinato sódico y la proteínoterapia en todas sus formas, desde la inyección de leche y peptona hasta las tuberculinas y vacunas tífica y de estafilococos.

Verdaderamente que apesar de la autoridad de los preconizadores de la malarioterapia y de la evidencia de los hechos, repugna en el primer momento al espíritu clínico inocular una enfermedad parasitaria para obtener curación práctica o remisión no más, de la enfermedad de Bayle, y ello explica las discusiones persistentes y razonadas en los cinco últimos años en todas las Academias y Sociedades Médicas donde se han pronunciado frente a los decididos y entusiastas, los tímidos y excépticos, sin dejar de hacerse también afirmaciones tan terminantes como la de Santos Rubiano en la Médico-Quirúrgica que dice de la malarioterapia que es una manera de practicar la eutanasia.

En mi concepto, de mis lecturas y de la limitada experiencia en el Manicomio provincial, donde el doctor Alberca ha inoculado algunos paráliticos con sangre de tercianarios, deduzco que es un medio terapéutico que debe ensayarse precozmente en los casos sin contraindicaciones y con la más estrecha vigilancia.

## ACCION TERAPEUTICA

La inyección de sangre palúdica va seguida de un período de incubación de ocho a diez días por término medio, tras el que aparece la fiebre de invasión entre  $37,5^{\circ}$  y  $39^{\circ}$  durante cuatro días. Pasado este primer momento febril comienzan los accesos típicos de ciclo tercianario correspondientes al plasmodium vivax inoculado, que en muchos casos se hace cotidiano.

Puede ocurrir en algunos enfermos que el período de incubación se prolongue más de lo corriente siendo necesario inyectar adrenalina al milésimo para determinar la reacción febril. En otros, tras de pocos accesos, tres o cuatro, surge la apirexia espontánea; y en la mayor parte se suceden periódicamente sin interrupción hasta el número de diez en que hemos de intervenir para suspenderlos, según aconsejan Gerstman y Weigandt.

¿Cuál es el mecanismo que produce la remisión de la parálisis general con la malarización? Se han invocado muchas hipótesis. Según Plaut la inoculación del paludismo provocaría una formación de anti-



cuerpos, capaces de atacar al espiroquete y al germen inoculado.

La existencia de cierto antagonismo e incompatibilidad microbiana entre el plasmodium y el espiroquete parece tener fundamento en los hechos de observación siguientes:

La inoculación del paludismo a los sifilíticos da lugar a ciertos resultados que pudieran interpretarse como específicos. Straussler y Koskinas han observado la forma estacionaria de las lesiones en los paralíticos malarizados. Finalmente, afirman otros que es rara la parálisis general en los países de ambiente e infección palúdica.

Jahuel y Weichbrodt han comprobado que sometiendo a la temperatura de 41° a 43° a conejos con chancros, desaparecían de éstos los espiroquetes. Es esta la teoría piretógena que más partidarios ha tenido, sosteniendo que de la misma manera que las altas temperaturas influyen en los espiroquetes de los chancros, habrían de actuar sobre los alojados en el cerebro. Sin embargo, la hipertermia no debe influir sobre estos últimos según R. Wilson que de 45 paralíticos generales malarizados encontró espiroquetes en cerebro y en líquido, en ocho de ellos.

Otra hipótesis invoca la acción favorable de la leucocitosis. Si bien es cierto que en la fase preaccesional existe leucocitosis, no lo es menos que hoy día está bien demostrado que en el paludismo se observa constantemente leucopenia. Es innegable, desde luego, que el aumento de leucocitos antes de los accesos febriles desempeña un importante papel fagocitario, según se ha visto en cerebros de paralíticos. Sin duda también el índice opsónico del líquido céfalo-raquídeo se eleva a medida que se suceden los accesos febriles, hecho interesante que explicaría el estímulo de la función fagocitaria, de tanto más valor cuando se ha comprobado que los leucocitos del líquido céfalo-raquídeo de enfermos no malarizados carece de acción sobre los espiroquetes. Estos se inmovilizan, por el contrario, a las dos horas de estar frente a un líquido de enfermo de malaria.

Kral, siguiendo el método de Walter, ha visto aumentada la permeabilidad meníngea durante la malarización, señalando que disminuye paralelamente a la suspensión del tratamiento.

Suponen otros investigadores que el hematozoario destruye las defensas vásculo-conectivas construídas por el espiroquete, con lo que se facilitarí el acceso al parénquima nervioso de los anticuerpos formados por el organismo.

Schultze y Dallfor creen que los hematíes parasitados se detienen en los capilares del cerebro favoreciendo el tránsito de los citados anticuerpos.



Todas estas hipótesis son aceptables mientras no haya otra que las supere; cabe, sin embargo, admitir un mecanismo mixto de todas las influencias antes apuntadas.

Veamos ahora qué modificaciones humorales se producen mediante la malarización. En el líquido céfalo-raquídeo a que voy a referirme podemos pasar rápida ojeada a las de naturaleza química, serológica y citológica:

La hiperalbuminosis se modifica notablemente, si bien Bunker afirma no haber podido reducirla más que a la mitad. De las alteraciones en la glicosia no he encontrado citas en los autores. Las modificaciones de la reacción de Wassermann, las más interesantes para aclarar la acción terapéutica de la malarización, son, por desgracia, muy variables, pues mientras en unos casos se hace menos positiva, en otros continúa siéndolo, y según afirma Wagner, en algunos llega a hacerse negativa. Las reacciones de las globulinas son las que más tardan en desaparecer. Gertsman y Kirchbaum observan que el Languet no desaparece totalmente y es lo más corriente que se transforme en curva sifilítica. Fribourg-Blanc y Bunker han visto descender notablemente la cifra de linfocitos; el primero cita un caso en que de 104 bajó a 2 por milímetro cúbico. Esta mejoría humoral no suele ser inmediata; Ferraro y Fong la observan a los seis meses en el 15 por ciento de sus casos y en el 85 por ciento tres años más tarde. La duración de los cambios humorales es también variable, destacándose, en la casuística publicada hasta la fecha, las observaciones de Springlova que dice haberla seguido de tres a seis años.

## PRECEPTOS TÉCNICOS

No debo entretenerme en describir la técnica de la malarización, bien sabida de todos los que hayan tenido ocasión de leer algunos de los más de trescientos trabajos publicados con motivo de la malarioterapia y aparecidos en estos últimos años en libros y revistas. He de señalar, no obstante, determinados conceptos acerca de la selección de semilla, conducta de vigilancia y contraindicaciones de la malarización.

El hematozoario elegido para la inoculación ha de ser el *Plasmodium vivax*, agente de la terciana, con cuidadosa exclusión del *Plasmodium falciparum* y del *Laverania*, entre otras razones que saltan a la vista, por su mayor benignidad con relación a las otras especies parásitas y su fácil tratamiento con la quinina, en virtud a que deja descansar al enfermo entre uno y otro acceso febril que suele durar por término medio de



ocho a doce horas. Conviene no olvidar y tener presente la frecuente asociación de los agentes de la terciana y de la estio-otoñal, sobre todo en nuestra huerta, al hacer la elección escrupulosa de la sangre-semilla para eliminar absolutamente aquellos donantes palúdicos por el laverania; este agente es el único capaz de producir los accesos perniciosos mortales y el que frecuentemente se manifiesta con su quinorresistencia.

Diez accesos como máximo aconsejan Gertsman, Weigand y Vallejo Nájera, conseguidos los cuales se administrará quinina para suprimirlos. Rodríguez Arias y Pons Balmes aconsejan de uno a dos gramos de quinina por vía gástrica, en una o dos veces, inyectando después del tratamiento químico el neosalvarsán. Aconsejan otros no hacer la supresión brusca de la quinina sino continuar su administración decreciente de uno a medio gramo durante 30 ó 40 días.

La vigilancia del enfermo ha de ser atenta y muy particularmente del estado del corazón y de los vasos, temperatura, pulso y diuresis, suspendiendo los accesos o moderándolos mediante dosis de quinina, que bien puede ser el clorhidrosulfato, en caso de cualquier trastorno.

Aconseja la prudencia no someter a la malarización a aquellos paralíticos avanzados, a los que padecen aortitis luética, diabetes, tuberculosis, nefritis graves, lesiones cardíacas, insuficiencia hepática o graves trastornos digestivos; está contraindicada también la malarioterapia en la llamada parálisis galopante, en la anemia y, según Intre, en aquellos casos con leucocitosis reveladora de un foco infeccioso; finalmente, Wesepal aconseja que antes de la inoculación malarica se tante la tolerancia a la quinina del paciente, para evitar posibles fenómenos de susceptibilidad o sensibilidad que contraindiquen su empleo.

## TERAPIA HOMÓLOGA

Sosteniéndose por algunos que la acción beneficiosa de la malaria en la parálisis general progresiva principalmente se debe a la fiebre producida, no extraño que por diferentes medios se trate de conseguir idénticos resultados.

M. Konde, G. W. Hall y F. J. Gerty publicaron en "The Journal Of the American Medical Association", número 17, sus observaciones sobre proteinoterapia no específica. Los autores han tratado buen número de paralíticos con proteínas diferentes inyectadas por vía endovenosa consiguiendo provocar escalofrío y elevación de temperatura objetivamente semejante al acceso palúdico. Encuentran leucopenia



precoz y fugaz seguida de leucocitosis de 30.000 a las seis u ocho horas de la inyección. Las mejorías clínicas obtenidas han sido tan interesantes como las que otros autores señalan por la malarización. Aconsejan su procedimiento por lo fácil de practicar, y por considerarlo exento de los peligros que puede tener la paludización.

La piretoterapia por medio de vacunas ha sido empleada desde los ensayos de Von Jauregg; entre ellas la vacuna antichancrosa "Dmelcos" preconizada por Sicard, Haggenu y Wallich parece contar con éxito señalado. Con dosis crecientes de "Dmelcos" se obtienen temperaturas entre 39° y 40° durante seis u ocho horas, alcanzando nuevamente la temperatura inicial después de doce horas. Con esta vacuna no han visto los autores fenómenos de choc, lipotimias ni colapsos que algunas veces se presentan en los malarizados. Con "Dmelcos" han hecho experiencias favorables, además de los autores citados, Mlle. Pascal, Frenel, Combemall y Vullien, con menos éxito que los primeros. Es de notar que todos ellos simultanean el tratamiento específico. Entre nosotros Villacián, Médico del Manicomio de Valladolid, ha publicado hace justamente un año en la "Medicina Ibero", número 585, cuatro casos de parálisis general tratados con "Dmelcos" sin éxito alguno, inclinándose del lado de la malarización y deduciendo de los hechos observados que las remisiones no son debidas a la pirexia. En la "Semana Médica", de Buenos Aires, número 1.835, de marzo de 1929, A. M. Sierra relata seis casos de la enfermedad de Bayle tratados con "Dmelcos" según el proceder de Sicard consiguiendo de manera inconstante el choque hemoclásico, con ascenso térmico variable entre 37° y 40°, sin observar paralelismo entre la hipertermia producida y el número de bacilos inyectados; afirman que no han señalado cambio alguno apreciable en la evolución clínica del proceso.

H. C. Salomón, de Boston, considerando eliminar muchos de los peligros de la paludoterapia aconseja la inoculación del agente del *sodoku*, espiroquete morsus-muris, que según él tiene sobre el *plasmodium vivax* la ventaja de que "prende" en los paralíticos generales resistentes a la inoculación palúdica; el *sodoku* es fácilmente curado mediante el salvarsán.

Hershfield, Kibler, Colby y Koenig han empleado la sodokuterapia en 72 paralíticos, obteniendo solamente un 20 por ciento de ligera mejoría mental.

Desde los trabajos de Plaut y Steiner en 1919 que creen conseguir ciertas ventajas sobre la malarioterapia inoculando una raza africana del espirilo de Obermeier, han sido varios los que han repetido las experiencias. Señalan la ventaja de que puede cultivarse el germen en



los animales de laboratorio, y la de que se extingue espontáneamente la hipertermia provocada después de un número de accesos suficientes para conseguir la remisión deseada. Tiene la espiroterapia una severa desventaja, cual es, que los casos de curso grave resisten a toda medicación.

En el afán de producir ventajas en lo que pudiéramos llamar parasitoterapia, y tal vez por no disponer de otros gérmenes que los ofrecidos por el ambiente morbosos de la región donde se han desenvuelto los investigadores, han llegado a hacerse inoculaciones hasta con tripanosomas. Recuerdo mi desagradable impresión al leer ciertos trabajos de tripanosoterapia, y tengo bien presente mi tácita censura por la dicha experiencia que en principio repugna al espíritu clínico. Bien está que “un clavo saque a otro clavo”, según el adagio castellano, pero teniendo siempre presente nuestro clásico aforismo “primo non nocere.”

Después de lo expuesto, ¿por qué método nos decidiremos? ¿Inoculación de malaria, de sódoku, de recurrente o proteinoterapia con “Dmelcos”, peptona, o variadas vacunas?

Debo hacer separación en principio de las vacunas y proteínas por cuanto la acción terapéutica de éstas parece desenvolverse merced a la crisis hemoclásica con hipertermia que producen; los hechos observados por diversos autores parecen demostrar que si bien la elevación térmica es un fenómeno al que puede atribuírse la remisión de la parálisis general progresiva, no será debido únicamente a este mecanismo terapéutico cuando señalan las estadísticas un mayor número de éxitos con la malarioterapia que con la proteinoterapia. La acción antagónica entre el hematozoario de Laverán y el espiroquete, la formación de anticuerpos, la elevación del índice opsónico y el aumento de la permeabilidad meníngea son hechos que no pueden invocar la vacuna ni la proteinoterapia. El mecanismo de la malarioterapia debe ser más complejo que una sencilla hipertermia.

Todos los autores señalan porcentajes más altos con la malarización, oscilando entre el 25 y el 50 por ciento los éxitos apuntados.

Vallejo Nájera ha recopilado estadísticas de más de 5.000 casos de 43 autores con el 29,60 por ciento de remisiones completas y el 25,30 de incompletas.

Gerstmann presenta la estadística más nutrida: 2.000 casos con 31,90 de completas y 10,40 de incompletas.

Mingazzini de 250 enfermos obtiene éxito en el 40 por ciento. Weygandt de 700 cuenta con el 60 por ciento. Nonne el 30 por ciento, y Vallejo Nájera y Petinto el 42,86 en sus observaciones personales.





Quedaría así planteada la cuestión entre los agentes parasitarios: ¿Paludismo, recurrente, sodoku?

Para nuestra región de ambiente malárico por excelencia, donde la dificultad para el hallazgo de semilla malárica no existe, la respuesta no puede hacernos dudar. Considero que al inocular espirilo de Obermeier o espiroquete del sodoku no se ha pretendido buscar solamente las ventajas sobre la malarización, sino tal vez el sustitutivo del plasmodium vivax por no encontrarse en el ambiente regional donde es sentida la necesidad terapéutica; acaso el concepto clínico de máxima gravedad atribuido al paludismo en zonas simultáneamente atacadas de éste, recurrente y sodoku, debido a la frecuencia de la especie laverania malariae, haya decidido descartar su inoculación y aceptar la de los otros parásitos en busca de la acción terapéutica por analogía.

Inoculando el agente de la terciana no vacilaremos en la elección. Las ventajas son estas: En primer término obtendremos una mayor elevación de temperatura.

Las crisis de hipertermia no duran más de diez horas, por término medio.

Entre cada acceso se proporciona al enfermo favorable descanso.

Puede con la quinina moderarse o suspenderse la crisis febril, según convenga.

Es posible la reinoculación si fuera preciso más adelante, por no conferir inmunidad una primera malarización.

En la fiebre recurrente si bien se encuentra la ventaja de su espontánea extinción, no hay que olvidar la existencia de casos graves que resisten toda medicación.

El principal inconveniente cargado en cuenta a la malarioterapia estriba en la inoculación de formas perniciosas. Una elección cuidadosa de semilla evitará el riesgo.

Señores: Está en nuestra mano recobrar para la sociedad desgraciados seres que invaden nuestros Manicomios. En nuestra vega abunda la paradójica semilla que es sufrimiento y dolor de nuestros huertanos y puede ser alivio de nuestros dementes. Ante la evidencia de los hechos apuntados por autoridades psiquiatras no es posible vacilar; utilicemos precozmente y con la prudencia que es garantía de lo lícito, el remedio que desgraciadamente poseemos.

HE DICHO









47

Re c BI ESTI TAB





Nun