

de *L'Est*, 15 Enero 1913—describió un temblor rítmico, oscilatorio, intermedio entre el parkinsoniano y el senil.

De aquí podrían derivarse rutas terapéuticas inoperadas. El hipertono, fundamento de la rigidez, sólo puede depender de un estímulo venido de los centros tónicos superiores, ó de un estímulo periférico. Y como la mayoría de los paráliticos agitantes presentan sensaciones anormales, irritaciones centripetas, no resulta insensato el intento de disminuir la suma de excitaciones periféricas para atenuar el temblor.

Leriche—*Lyon chirurgical*, 1912—ha realizado en un parkinsoniano la radicotomía del VI VII y VIII raíces cerebrales por el método extradural de Gulecko, obteniendo considerable alivio en el temblor del brazo.

En resumen: parece lo lógico empezar á considerar la enfermedad de Parkinson como una dolencia del tono muscular, exaltado por infinidad de causas, desde la arterioesclerosis á la intoxicación.

La inhibición representada por el acto voluntario explicaría perfectamente le cesación del temblor durante aquél.

Y con esto y con recordar que contra lo que admite Mendel en su obra: *Die paralyt agitans*, Berlín, 1911, los reflejos estaban conservados en nuestra enferma, y que esta sólo rara vez presenta el signo de la rueda dentada, descrito por Harold N. Moyer—*The Journal of the American Medical Association*, núm. 27, 1911—consistente en que aparece una resistencia por sacudidas cuando se imprime movimientos á los segmentos de los miembros parkinsonizados, se agotó cuanto nos ha sugerido el estudio de nuestro caso.

NUEVO TRATAMIENTO CAUSAL DE LA DEMENCIA PRECOZ Y CONCEPCION DE SU PATOGENIA

Por GONZALO R. LAFORA.

Ex-patólogo del Manicomio Federal de Washington, Director del Laboratorio de Fisiología cerebral en la Residencia de Estudiantes.

La demencia precoz ó *schizophrenia* es una de las afecciones mentales más frecuentes. El 60 por 100 de los aislados en los Manicomios son dementes precoces de las diversas formas de la afección ó en diferentes periodos de la evolución de la misma. De aquí lo justificado de toda tentativa de tratamiento en esta psicosis.

Hasta hace algunos años el tratamiento de la demencia precoz era exclusivamente *sintomático*, reduciéndose al aislamiento, reposo, empleo de sedantes y baños en las fases de excitación, de alimentación por sonda cuando rehusaban comer, de trabajos agrícolas ó manuales para contrarrestar su inactividad y tendencia á la estereotipia, etc. Un tratamiento que se dirigiese á la causa productora no se había empleado aún; principalmente por desconocer dicha causa y el mecanismo patogénico.

El nuevo tratamiento de que vamos á ocuparnos, aunque aun en cierto modo dentro del terreno empíri-

co, nos muestra ya atisbos de una dirección científica anticausal altamente loable.

Para explicar ésta tenemos que entrar algo en detalles sobre la sintomatología y patogenia de la demencia precoz, lo que haremos muy brevemente.

Sintomatología de la enfermedad.

La demencia precoz es una enfermedad de origen hereditario, en el sentido mendeliano, y con un carácter *recesivo*, según han demostrado las investigaciones de Rüdín, Cotton, Davenport y otros. El síntoma psíquico principal consiste en una disociación de las ideas (*schizophrenia*) que ponen al individuo en constante contradicción con los demás (negativismo) y consigo mismo (ambivalencia). El sujeto se opone á todo y muchas veces no sabe si quiere una cosa ó no la quiere. Esta disociación mental origina otros varios síntomas, como el aislamiento del mundo exterior ó *autismo* («personalidades herméticas», que ha llamado el psiquiatra norteamericano Hoch); la variabilidad del estado emocional (indiferencia, excitación ó depresión); las alteraciones en la asociación de ideas con la característica incoherencia ó las voliciones contrapuestas (*ambivalencia*, de Bleuler); y esas detenciones bruscas de la ideación, llamadas *inhibición del pensamiento* (*Gedankenhemmung*, de los alemanes) que se presentan en estos enfermos ocasionalmente y que ellos suelen denominar gráficamente «*cerrazón de la imaginación*». Característicos son también los síntomas catatónicos y estereotípicos (flexibilidad cerea de los miembros, estados catalépticos, movimientos estereotípicos y perseveraciones) que caracterizan principalmente la forma *catatónica*, como así también las ideas de persecución ó grandeza *defectuosamente sistematizadas* que distinguen á la forma *paranoide* (1).

Para nuestro estudio tienen también considerable importancia los síntomas *somáticos* que en ella se observan. Consisten en: trastornos vasomotores y circulatorios frecuentes (cianosis, edema, dermografismo, arritmias cardíacas, descenso de la presión sanguínea, etc); trastornos nutritivos, como el adelgazamiento en los periodos agudos; trastornos secretorios (aumento de la saliva) y de las glándulas endocrinas (amenorrea en las fases agudas, etc.); perturbaciones digestivas y, por último, desórdenes en el reflejo pupilar (desigualdad, miidriasis, fenómeno de Piltz, etc.).

Las formas clínicas que distingue Bleuler (2) son cuatro: la forma simple ó *heboidofrenia* (que incluye la *degenerescence mentale* de los franceses); la forma *hebefrénica* ó demencial; la *paranoide* ó de delirios pseudosistematizados; y la *catatónica* ó de las estereotipias y mane-rismos.

Patogenia de la enfermedad.

Las teorías patogénicas que se disputan la explicación del proceso patológico son dos: la psicogenética y la orgánica. Según la teoría *psicológica* defendida princi-

(1) No podemos entrar aquí en descripciones detalladas de los síntomas, que encontrará el lector en cualquier libro ó manual de Psiquiatría.

(2) BLEULER: "Dementia praecox oder Gruppe des Schizophrenien", Leipzig, 1911. *Deutsche.*, pág. 187.

palmente por Jung (1), Bleuler, Adolfo Meyer (2) y por Hoch (3), es un defecto de adaptación al medio de origen constitucional acondicionado por una especial estructura psíquica (*mental make up*) y con tendencia disociativa, que da lugar al desarrollo de tipos de reacción psicológica anormales ante los conflictos de la vida (personalidad hermética ó «*shut-in personality*» de Hoch), lo que determina el cuadro sintomático de la enfermedad como intento adaptativo de la psiquis del individuo á los conflictos mentales que se han originado en su cerebro por las contrariedades de la vida.

Por el contrario, la teoría orgánica supone una alteración material del cerebro, la cual es causada por una autointoxicación general de origen incierto, y ésta, á su vez, origina secundariamente los fenómenos psíquicos por las alteraciones que en la corteza cerebral se producen. Lo primario es, pues, la autointoxicación, y ésta, perturbando el cerebro, causa secundariamente el síndrome psíquico, que es efectivamente de orden adaptativo. Esta teoría no desecha, pues, la anterior, sino que pone los términos en su orden desde un punto de vista cronológico. La demencia precoz no sería, por tanto, una afección psicogénica, sino orgánica, aunque en ella tienen considerable importancia causal las emociones y traumas psíquicos, porque ellos son muchas veces los factores determinantes de la explosión del proceso psicopatológico en individuos cuya mentalidad estaba perturbada latentemente por el proceso tóxico general.

A varios órganos se les ha atribuido la causa de esta autointoxicación. Hace años se creyó que era el tiroides. Se suponía que éste no funcionaba normalmente y perdía su capacidad antitóxica, pero fué desechada esta teoría porque la terapéutica tiroidea (tiroidina, extirpaciones, etc.) sólo fué eficaz en ciertas catatonias con bocio, y además se observó que en las regiones de bocio endémico las estadísticas de la enfermedad eran iguales que en las demás partes.

En cambio, la teoría autotóxica sexual ha tenido más partidarios. Lomer y Tschisch fueron los primeros en proponerla basándose en que la enfermedad empieza de ordinario en la época de la pubertad, ó con ocasión de un parto; se exacerba durante la menstruación que con frecuencia desaparece al iniciarse el proceso mental; y va siempre acompañada de onanismo y erotismo (4).

Desde que Kraepelin sustentó esta hipótesis, son muchas las pruebas aportadas en favor de la misma. Principalmente los trabajos hechos con el método de *Aberhalden* han demostrado en manos de *Fausser*, Sa-

jous y otros muchos (1), que en el suero sanguíneo de estos enfermos se encuentran de un modo muy constante fermentos defensivos contra las glándulas sexuales (contra el testículo en el hombre y el ovario en la mujer) y contra la corteza cerebral. Y es interesante anotar que en algunos casos en que dichos fermentos defensivos sólo se encontraron en ciertas épocas, pudo observarse que esta temporal disfunción glandular coincidía con fluctuaciones en el curso clínico del proceso psico-patológico.

Menos constantes fueron los hallazgos de fermentos defensivos contra otras glándulas. Así por ejemplo, en algunos casos de forma catatónica excitada con hipertrofia tiroidea (*proptige Katatonien* de los alemanes), encontró *Fausser* fermentos contra el tiroides. También se encontraron en otros casos fermentos defensivos contra las cápsulas suprarrenales, y *Ludlum* obtuvo fermentos defensivos contra el timo.

Indudablemente el primer trastorno es de las glándulas sexuales y consecutivamente se producen trastornos de otras glándulas que producen un síndrome pluriglandular. Muchos de los síntomas orgánicos de la demencia precoz (trastornos ováricos, pupilares, circulatorios, digestivos, etc.), son explicables por estas perturbaciones endocrinas, las cuales actúan sobre el sistema simpático ó sobre el autónómico del vago, y hacen que el cuadro sintomático se acompañe de manifestaciones simpaticotónicas ó vagotónicas. Así, pues, la autointoxicación no sólo afecta al cerebro, sino también al sistema nervioso autónomo (vago y simpático).

Pero el hecho principal comprobado por muchos investigadores que han seguido á *Fausser*, es que los fermentos defensivos antisexuales son los que siempre dominan y, lo que es más interesante, que en algunos casos en que dichos fermentos sólo se encontraron en ciertas temporadas, coincidían aquellos con fluctuaciones en el curso clínico de la enfermedad.

Los interesantes trabajos patológicos de *Reichardt* sobre la llamada hinchazón cerebral (*Gehirnschwellung*) en los dementes precoces muertos súbitamente y en los suicidas, y las investigaciones histopatológicas de *Rosenthal*, *Alzheimer*, y otros (que hemos podido comprobar en un caso nuestro de muerte súbita en un demente precoz), sobre las células ameboides neuróglícas que rellenan el cerebro en estos casos agudos de hinchazón cerebral, comprueban anatomopatológicamente la intensa acción destructiva sobre el cerebro de las sustancias tóxicas derivadas de la acción de los fermentos defensivos sobre las proteínas liberadas en la sangre por las glándulas sexuales.

Resulta de todo esto, que la demencia precoz parece depender primariamente de una disfunción de las glándulas sexuales, la cual da lugar á que entren en la sangre proteínas no modificadas de estas glándulas, proteínas que al ser disociadas por los fermentos defensivos, específicos contra ellas, formados en la sangre, producirían sustancias tóxicas para la corteza cerebral y probablemente para el

(1) JUNG: "Ueber die Psychologie der Dementia praecox.", Halle 1907.

(2) MEYER: "Fundamental conceptions of dementia praecox.", (*Brit. Med. Journ.*, Septiembre 1916.)

(3) HOCH: "Constitutional factors in the dementia praecox group.", (*Rev. of Neurol. and Psychiatry*, Agosto 1910.)

(4) Justo es consignar que como argumento contradictorio se ha objetado que la castración en los casos de esquizofrenia no ha dado ningún resultado. BLEULER cita cuatro casos observados por él, y nosotros hemos observado una señora con recidivas de hebefrenia á pesar de haber sido ovariectomizada por procesos infecciosos.

(1) DERCUM: "The ductless glands in dementia praecox.", (*American Congress on Internal Medicine*, 1916; *Ref. Medical Record*, 20 Enero 1917.)

sistema nervioso vegetativo y autónomo (simpático y vago), que motivarían los síntomas mentales y somáticos de la enfermedad.

Aquel que tenga experiencia psiquiátrica y haya observado casos de remisiones espontáneas de la demencia precoz, recordará cómo en el espacio de pocos días la inteligencia despierta rápidamente y el enfermo se repone por momentos de su trastorno mental, de su decaimiento físico y de su abandono general, de manera semejante a la recuperación después de una intoxicación medicamentosa (cocaina, alcohol, escopolamina, etcétera) y pensará con nosotros, que no es posible explicar estas curaciones temporales rápidas por procesos puramente psicogenéticos, es decir, por adaptaciones bruscas de la psiquis del individuo al medio, sino por la presencia ó ausencia de una substancia tóxica en el sistema circulatorio que causa estos trastornos psíquicos.

Curiosa es también la observación de los casos de demencia precocísima en niños de nueve ó diez años. Nosotros hemos cuidado muy recientemente á un niño de nueve años, el cual, aunque algo peculiar y personal, era modelo de hijos. Bruscamente en días críticos de la enfermedad huía de todos, se escondía bajo las camas, gritaba desordenadamente, agredía al que se le aproximaba, y negábase á toda obediencia. Y sin embargo, al día siguiente aquel estado confusional y de perturbación emocional tan profundo desaparecía por completo en unas horas, como si el tóxico circulante hubiese sido eliminado ó neutralizado; el niño entonces parecía normal, amable é inteligente. ¿Cómo explicar estos casos prematuros por defectos bruscos de adaptación psíquica que cambiarían de un día á otro sin haber ocurrido ningún accidente espiritual que pudiera ser causa de ello?

Nosotros estamos convencidos de que el proceso mental de la demencia precoz es secundario á la intoxicación general, causada primariamente en el propio organismo por estos trastornos endocrinos. La clínica y el laboratorio aportan cada día pruebas más conclusivas de ello.

La herencia de la demencia precoz sería, pues, una herencia de la predisposición á sufrir el disglándularismo endocrino, que es causa del proceso autotóxico, pues sabido es el gran influjo que la herencia tiene en la transmisión de los trastornos endocrinos, ya homológamente ó ya heterológamente, es decir, ya heredándose la alteración de la misma glándula en el progenitor y su descendiente, ó ya variando la glándula afectada de aquél á éste.

Por tanto, la terapéutica del porvenir en la demencia precoz no será la psicoterapia, que á lo más sólo puede servirnos para modificar algo el cuadro sintomático psíquico del enfermo, sino la terapéutica causal; es decir, aquella que se dirige á modificar el estado de intoxicación, ya consiguiendo eliminar, destruir ó neutralizar las substancias tóxicas circulantes, ó ya haciendo al organismo, y sobre todo al cerebro, resistente á su acción deletérea.

Tratamiento.

Los primeros intentos de *tratamiento causal* de la demencia precoz (1) parten de 1911. Habíanse observado hacía algunos años que dementes precoces crónicos después de enfermedades infecciosas agudas mejoraban considerablemente en sus síntomas mentales, y que estas mejorías duraban temporadas más ó menos prolongadas. Esto fué también comprobado en la demencia paralítica y había dado motivo á los intentos de mejorar el curso de esta enfermedad por inyecciones de tuberculinas y de nucleinato, á fin de determinar procesos febriles artificiales y, por tanto, remisiones provocadas. Pues bien, sirviéndose de esta analogía intentó Itten (2), ya en 1911, tratar nueve dementes precoces con inyecciones de nucleína; pero no obtuvo más que mejorías transitorias, y no insistió mucho sobre el método. Hizo, sin embargo, notar las modificaciones que se observan en la sangre de los dementes precoces y las que producen la acción del tratamiento nucleínico.

También Treiber (3), en 1913, empleó con el mismo fin las inyecciones de tuberculina en los dementes precoces, pero desechó el procedimiento por no obtener marcados resultados en los 11 casos tratados por él.

Hasta 1913 en que Donath (4) presentó su extenso trabajo al Congreso Internacional de Londres, casi no se vuelve á hablar del método del nucleinato. Pero el trabajo de este autor hecho en enfermos de Manicomio, de todas las formas de la demencia precoz, entre ellos muchos profundamente dementes, y presentando una estadística de 57 por 100 de curaciones y mejorías, despertó un gran interés por el método. Este se acrecentó aún por la contribución de Lundvall (5), quien decía haber conseguido mayor proporción (72 por 100) de remisiones. Comparadas con la pequeña proporción de remisiones espontáneas (20 por 100 según Kraepelin; en la forma catatónica, que es la más favorable, 3,5 por 100 según Szedlak (6) en la hebefrenia) y corroborando el hecho de antigua observación clínica, de las remisiones post-infecciosas, han colocado el asunto en un terreno más científico y que exige una depurada investigación que dilucide las razones de estas remisiones ó curaciones y los caminos que podemos emprender para perfeccionar el procedimiento y conseguir un número mayor de curaciones de esta enfermedad, tan abandonada hasta ahora por la terapéutica psiquiátrica. Sucesivamente se han ido publicando trabajos sobre la

(1) No nos podemos ocupar en este artículo de los detalles sobre la técnica de las inyecciones, la cual será objeto de otro trabajo posterior.

(2) ITTEN: "Heilverseuche mit Nuclein-Injektionen bei Schizophrenie (Dementia Praecox) mit einer vorläufigen Mitteilung über cytologischen Blutbefunde bei dieser Krankheit," (*Zeitschr. f. ges. Neurol. u. Psych.*, t. 7, 1911).

(3) TREIBER: "Heilverseuche mit Tuberkulininjektionen bei Dementia praecox," (*Alleg. Zeitschr. f. Psych.*, t. 70).

(4) DONATH: "Natrium nucleinicum in der Behandlung der Dementia praecox," (*Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, t. 19, fasc. 2).

(5) LUNDVALL: "Ueber Blutveränderungen bei Dementia praecox nebst einem Versuche einer Art spez. Therapie," (*Kristiania, Nationaltrykeriel*, 1912; *Ref. Neurol. Centralbl.*, 1918, pág. 129).

(6) SZEDLAK: "Ueber Heilungen bei Dementia praecox," (*Oroszi Hetilap*, núm. 29; *Ref. Neurol. Centralbl.*, 1914, pág. 827).

cuestión por *Hauber* (1), *Read* (2) y algunos otros, y parece confirmarse en muchos que el tratamiento nucleínico determina mucha mayor proporción de remisiones que espontáneamente, y que a veces éstas toman un carácter de curaciones casi completas.

(Se continuará)

DOLOR DE ESTOMAGO

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE SU PATOGENIA

Por el Dr. SAENZ DE SANTA MARÍA Y MARRÓN,
de Logroño.

La exacta interpretación patogénica del dolor gástrico tiene importancia capital, tanto en el terreno diagnóstico como en el terapéutico, por lo cual no hemos vacilado en dedicar a su estudio gran parte de nuestras actividades, convencidos como lo estamos de que únicamente por este camino ha de lograrse el éxito curativo.

Antes de pasar adelante, hemos de aclarar el concepto de dolor gástrico; entendiéndolo por tal toda sensación anormal que, como las de peso, tensión, angustia, etcétera, etc., son modalidades, sobre cuyos detalles cualitativos no hemos de entrar aquí.

Y al referirnos al dolor gástrico, hemos de circunscribir aún más el tema, refiriéndonos únicamente al estómago, quedando por tanto excluidos, entre otros muchos, los dolores de localización epigástrica tan frecuentes en los cardíacos, muchos de los cuales acuden a nuestra consulta: hepáticos, pancreáticos, renales, hipopinéfricos (insuficiencia suprarrenal), los afectos de lesiones de oído, tan bien estudiados por Goldsmith (1), los celiálgicos (algias del plexo solar), de los que tan acabado estudio han hecho los notables colegas italianos Castellino y Pende (2).

Por todo esto vemos cómo la cuestión queda limitada a las perturbaciones de estática, motilidad y quimismo gástricas, cuyas alteraciones organofuncionales son compañeros inseparables de los síndromes de secreción, úlcera y dilatación gástricas.

Así, pues, vamos a ocuparnos del síntoma dolor con las aclaraciones antedichas en la hiper o hipoclorhidria, hiper o hipotonía y dilatación, que, como sabemos, más que enfermedades individualizadas, son verdaderos síndromes, cuya coexistencia o asociación polimórfica es constante en clínica.

La idea hasta hoy dominante acerca de la patogenia del dolor gástrico era la que lo atribuía a perturbación secretoria por exceso de acidez.

Y bajo esta concepción patogénica se atiborraba a los enfermos de alcalinos, creyendo que sólo tras la neutralización del quimo gástrico podía lograrse la curación.

Mas la farmacología y clínica terapéutica, harto ol-

vidadas por los prácticos, mostraron muy pronto la falacidad de tales ideas, que numerosos hechos clínicos bien comprobados pusieron más a las claras el error en que se estaba.

Que la secreción no lo es todo, ni mucho menos en la génesis del dolor gástrico, lo ponen bien a las claras las experiencias de Fonler y Zentsmire. Los citados autores han explorado el estómago vacío, hallando como cifra media 52,14 c. c. de contenido gástrico con 1,8 de ClH libre, y 2,3 de acidez total. Cifras análogas hemos encontrado en algunos sujetos normales ó afectos de lesiones extragástricas, mediante la sonda duodenal por nosotros usada (3 y 4).

Estos datos de exploración están en abierta contradicción con la idea tan extendida en los libros clásicos de que cantidades de más de 20 c. c. de contenido gástrico en ayunas con las cifras de acidez apuntadas, son casos de hipersecreción.

Lo que hace pasar del fisiologismo a lo patológico no es la desviación cuantitativa de la secreción, sino la hipersensibilidad gástrica y trastorno motor que la sigue, en el sentido de aumento de tensión y peristaltismo gástricos, como luego veremos.

Y que esto es así lo confirma el hecho de que las cifras de acidez en modo alguno están en razón directa con la intensidad del dolor, y que al alivio de éste mediante el plan apropiado no sigue un descenso en la acidez, que la inmensa mayoría de las veces permanece inmutable. Por otra parte, las cifras de acidez normal no son las mismas para todos los experimentadores.

Las interesantes experiencias de Schlesinger, Cook, Borsig, etc., etc. prueban de un modo irrefutable la no relación de dependencia entre la acidez y el dolor. Así, la introducción en estómago de soluciones de ClH al 3 y 5 por 1.000 y aun al 2 por 100 no originan ninguna molestia: en un gastrostomizado se introdujo una solución a la enorme concentración del 5 por 100 y sólo determinó una sensación muy parecida a la de hambre molesta.

Por otra parte, es muy frecuente el dolor que, considerándose como típico de hiperclorhidria, aun con el carácter de aliviarse tomando alimento, asentase en un hipoclorhídrico, como hemos tenido ocasión de ver muchas veces, por lo cual, aun en los casos al parecer más claros, no prescindimos del análisis.

Muchos enfermos con quimismo normal y aun hipoclorhídricos, acusan alivio de sus dolores por los alcalinos, como hemos podido comprobar repetidas veces.

Hipoclorhídricos con elevadas cifras de acidez e intensos dolores que por desgracia es tan frecuente, se dieron a sí mismos de alta al desaparecer las molestias; tras breve remisión, los dolores reaparecen con más intensidad que al comienzo, no obstante ser las cifras de acidez más bajas.

Úlcerosos con hipersecreción cuyo grado de acidez permanece elevado, aun habiendo desaparecido totalmente los dolores que aquejaban en los periodos de remisión, en muchos de estos enfermos, el cateterismo en

(1) HAUBER: "Therapeutische Versuche mit Nukleinsäureinjektionen bei Psychosen." (*Zeitschr. f. ges. Neurol. u. Psychiatrie*, tomo 24, fasc. 1).

(2) READ: "Treatment of dementia precox with sodium nucleinate." (*Medical Record*, 15 Enero 1916).

(3) Véase la bibliografía al final del artículo.

alta clase social, los acordes de la música, la juventud escolar dividida en los bandos de simpatía ó antipatía al ilustre rector que había tenido la entereza de aceptar su cargo después de los sucesos de San Daniel, como muestra de su adhesión á las instituciones y al Gobierno imperante, todo contribuía al brillo de la fiesta. Desde aquel día la carrera de uno de aquellos tres jóvenes, el actual Ministro, fué una no interrumpida serie de triunfos adquiridos en el foro, en las oposiciones que le llevaron al Consejo de Estado y después á la Magistratura, en la cual goza aún de un no discutido renombre por su competencia y su rectitud.

Si entre todos los halagos puede serle de alguno más el agradecimiento de la clase médica española, tenga por cierto el Sr. Bahamonde que ella no olvidará á quien con ánimo sereno y perfecto conocimiento y estudio del asunto, ha comprendido la utilidad de un régimen de solidaridad que le dignifica y eleva, y que seguramente producirá los bondadosos frutos que ella espera y que él ha sabido adivinarla y procurar con tan beneficiosa medida.

L. R.

Madrid, 15 de Diciembre de 1917.

LOS COLEGIOS MEDICOS OBLIGATORIOS

Por fin, como anunciábamos en nuestro número anterior y después de una espera de seis meses, los Estatutos de colegiación médica obligatoria informados por el Real Consejo de Sanidad, han sido aprobados por la Superioridad y publicados de Real orden en la *Gaceta* del 10 de los corrientes. Los detalles íntegros de tan importante disposición podrán ver nuestros lectores en este mismo número, publicados en hoja aparte, para que puedan ser conservados de modo conveniente. ¿Cuáles pueden haber sido las causas de que la esperada resolución no haya tenido efecto hasta hoy después de haber sido efectiva la disposición fundamental desde el 15 de Mayo? Muchas de ellas han sido bien claras y notorias: dos crisis ministeriales, las alteraciones del orden público y las preocupaciones del Gobierno, que más que sobre otro alguno pesan sobre los ministros de la Gobernación, serían motivo suficiente para justificar ésta y aun mayor tardanza; pero, pues no han faltado maliciosos que particular ó públicamente hayan supuesto que existían otras causas y motivos de índole más ó menos publicable, diremos por nuestra parte que, dado el que ellos han desaparecido, es mejor no tratar de indagarlos; tanto más, cuando que si han sido de índole política y gubernativa, no cabe sino respetar. los con acatamiento, y si han tenido otro origen y han nacido en tendencias opuestas á la voluntad general y expresa de la clase, surgiendo quizá de ciertos elementos de su mismo seno, vale más no analizarlos ni enumerarlos con detalles que pudieran ser molestos, añadiéndose á la de su publicación el desagrado que á sus mismos autores había de producir.

¿Qué pueden y deben ser los Colegios Médicos obligatorios? Pasado el primer momento de organización, que no ha de ser largo ni laborioso, bien claro resultan los resultados que debemos esperar de la lectura de los Estatutos que han de servir de base al reglamento particular del Colegio de cada provincia. La agrupación de todos los médicos en un sistema de asociaciones provinciales, compuesto por la tota-

lidad de los que en cada localidad ejercen, la unión de los titulares y de los que practican en las grandes poblaciones, ha de ser una garantía contra el caciquismo, el intrusismo y el desamparo de los más aislados y débiles. La dignificación y el decoro profesionales encontrarán apoyo y auge en esta concentración de energías de que nos brindan ejemplo todas las clases sociales, todas las profesiones, todas las agrupaciones, que organizadas y unidas pueden fácilmente conocer las deficiencias, las angustias y los abusos en cada caso particular, y constituyendo un organismo fuerte y bien inspirado, se harán oír y respetar por las autoridades locales, primero, y por los Gobiernos, que podrán estimar las aspiraciones colectivas revestidas de un carácter de competencias de autoridad y de imposición que hasta ahora no han logrado tener. Cada médico, lo mismo en la aldea aislada que en los grandes centros urbanos, podrá representar su derecho, su aspiración ó su queja ante la Junta del Colegio de su provincia, y si ella ha sido elegida, como es de esperar, y compuesta de personalidades prestigiosas y respetables, los gobernadores atenderán sus demandas y les harán la justicia que se les debe y, en todo caso, al recurrir al Gobierno central, irán revestidas de una representación que, ora sea la particular de cada provincia, ora la conjunta de una región ó de todo el país, siempre tendrá que ser atendida como lo son las Cámaras de Comercio, los Colegios de abogados, de procuradores, de notarios y todas las asociaciones análogas.

Mucho esperamos de esta radical y bien inspirada medida que seguramente los médicos todos se apresurarán á secundar, no solamente por la obediencia que la deben, sino por el convencimiento de su utilidad para el presente y el porvenir de nuestra profesión y de nuestra ciencia.

VENANCIO PRIETO.

NUEVO TRATAMIENTO CAUSAL DE LA DEMENCIA PRECOZ Y CONCEPCION DE SU PATOGENIA (1)

Por GONZALO R. LAFORA.

Ex-patólogo del Manicomio Federal de Washington, Director del Laboratorio de Fisiología cerebral en la Residencia de Estudiantes.

Desgraciadamente la guerra actual ha detenido este movimiento de publicaciones sobre la cuestión.

Veamos ahora cuáles son las *razones científicas del método*. Al inyectar hipodérmicamente dosis grandes de nucleinatos de sosa, se produce una intensa reacción febril y consecutivamente una hiperleucocitosis que puede llegar hasta 30 ó 40.000 leucocitos (2); *esta leucocitosis viene á añadirse á la linfocitosis ó mononucleosis característica del estado linfático de la demencia precoz*.

Podemos considerar á esta linfocitosis preexistente en el demente precoz como un deficiente mecanismo defensivo que el organismo levanta espontáneamente contra la autointoxicación de origen citológico (sexual). Sólo cuando á esta linfocitosis se añade la polinucleosis parece ceder el proceso demencial.

Los polinucleares aumentados por la acción leucogénica del nucleinato producen sustancias que transforman ó neutralizan la acción tóxica de los desdoblamientos proteínicos de que hemos previamente hablado. Por eso, es muy interesante el hecho observa-

(1) Véase el número anterior.

(2) Nosotros no hemos observado nunca leucocitosis tan altas, si se extrae la sangre algunos días después de la inyección.

do por nosotros en nuestros casos, de avances bruscos (en medio de la mejoría progresiva provocada por el método) durante los intervalos de descanso de las inyecciones, es decir, á los cinco ó seis días de ponerlas, que es cuando la acción antitóxica de los leucocitos neoformados parece ser más intensa. En el interesante y reciente libro de *Audain* (1) sobre la medicación leucogénica, que se refiere principalmente á infecciones, encontramos referidos muchos hechos experimentales, los cuales demuestran la importancia de esta actividad leucocítica provocada por inyecciones de las sustancias leucogénicas más conocidas (trementina, nucleinato de sosa, fermentos metálicos como el electrargol, suero antidiftérico, etc.), para la defensa del organismo contra los gérmenes y sus toxinas.

Ahora bien, *Audain* afirma que el empleo de estos medios leucogénicos suele aumentar los linfocitos en las infecciones con reacción normal linfocítica y los polinucleares en las infecciones con reacción normal leucocítica polinuclear, y cree que sólo cuando los medios leucogénicos actúan de este modo, su efecto es beneficioso, afirmación que no concuerda con lo que se observa en la demencia precoz, donde la linfocitosis disminuye para aumentar la polinucleosis y la eosinofilia.

Los estudios hematológicos sobre la demencia precoz no son muy abundantes. Resumiremos algunos de los más importantes. *Krueger* (2) estudió 100 casos y encontró en un elevado tanto por ciento una ligera leucocitosis. En el 70 por 100 de los hebefrénicos consistía en una linfocitosis sin aumento de los mononucleares grandes, ni de los polinucleares eosinófilos. Por el contrario, en el 44 por 100 de los catatónicos pudo apreciar una fuerte eosinofilia. Para este autor, la hebefrenia y la catatonía no son más que estados ó períodos de una misma enfermedad, correspondiendo la hebefrenia á un estado inicial de intoxicación endocrina que, como todas las de este género (bocio exoftálmico, etc.), va acompañada de linfocitosis, mientras que la catatonía corresponde al estado avanzado, pues entonces se observa la eosinofilia, como sucede en las infecciones en vías de curación. Esta suposición parece concordar con dos hechos evidentes, á saber: uno, la mayor frecuencia de las curaciones en la catatonía, y otro, lo común que es ver terminar los procesos hebefrénicos en catatonías ó pseudocatatonías. Más tarde, al hablar sobre las modificaciones sanguíneas observadas en nuestros casos por la acción del tratamiento, volveremos sobre esta hipótesis.

Barnes (3) estudió la sangre de dos casos atípicos en repetidos análisis durante las fases normales y anormales, y pudo comprobar siempre que al empezar una fase anormal con excitación se producía un aumento absoluto de los polinucleares y de los linfocitos. El aumento de los polinucleares era mayor y resultaba un

aumento relativo de aquéllos y disminución relativa de los linfocitos. Luego la polinucleosis producida disminuía rápidamente, mientras que la linfocitosis persistía mucho al pasar la fase clínica de anormalidad. Observó, además, que los eosinófilos disminuyen al principio del ataque agudo hasta llegar á desaparecer en su acmé.

Lundvall (1) también estudió hematológicamente 15 de sus casos y observó una leucopenia con mononucleosis relativa en los casos no excitados, y, en cambio, en los casos con proceso demencial progresivo y con fases de agitación psíquica y motora, crisis sanguíneas consistentes en hiperleucocitosis con oligocitemia. Dicho investigador supone que la leucopenia con disminución de los polinucleares neutrófilos, que se observa en las fases de calma psíquica, es signo de disminución del poder defensivo del organismo, mientras que la hiperleucocitosis con neutrofilia y eosinofilia de las crisis sanguíneas indica que aunque la irritabilidad del organismo está disminuida, éste conserva el poder de reaccionar contra una exacerbación del virus.

Nuestras observaciones (2) concuerdan más con las de *Krueger*, aunque no están en oposición con las de *Lundvall*, pues si bien es verdad, como dice éste, que en las fases de agitación puede demostrarse una hiperleucocitosis con eosinofilia, esto no es constante, y además este estado (sobre todo la eosinofilia) se mantiene y aumenta más cuando el proceso, después de esta fase de excitación, termina por uno de calma que conduce lentamente á la remisión.

A nuestro entender, pues, la eosinofilia y la hiperleucocitosis indican, como dice *Lundvall*, aumento de la defensa orgánica; por tanto, cuando se consigue producirlas artificialmente en fases de calma es más factible la curación, pues el aumento de la defensa no se ve neutralizado por un aumento de la intoxicación. En general, se puede decir que la polinucleosis es característica de la fase agitada, y la eosinofilia de la fase tranquila ó estuporosa subsiguiente. Y es interesante anotar que el tratamiento nucleínico ó leucogénico da lugar á la misma modificación hematológica que caracteriza las crisis sanguíneas de *Lundvall* y conduce también en muchos casos á la curación. Ahora bien, nosotros hemos observado en nuestros casos mejorados temporalmente y luego fracasados, que si bien la eosinofilia llegaba hasta un 10 por 100, la hiperleucocitosis más bien disminuía ó no llegaba á ascender tanto como en los casos que curaron. En aquellos la polinucleosis relativa permanecía estacionaria ó ascendía poco á poco. Constantemente se observó, sin embargo, una disminución de la linfocitosis en todos los casos tratados, siendo sustituida por la eosinofilia.

En resumen, es de un buen pronóstico en el curso del tratamiento leucogénico la producción de una hiperleucocitosis permanente con polinucleosis (polinucleosis absoluta), eosinofilia y consiguiente descenso de la linfocitosis.

(1) AUDAIN: "Les bases rationnelles de la medication leucogène dans les infections medicales et chirurgicales," Paris, 1916, Maloine.

(2) KRUEGER: "Ueber die Citologie des Blutes bei Dementia praecox," (*Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, t. 14).

(3) BARNES: "A clinical study with blood examinations of two atypical cases related to the dementia praecox group," (*Amer. Journ. of Insanity*, 1909).

(1) Loc. cit.

(2) Aprovechamos la ocasión para manifestar nuestro agradecimiento al Dr. Escudé por los numerosos análisis de sangre que en nuestros enfermos ha practicado.

Vemos por lo expuesto, que los procesos autotóxicos generales actúan á veces de un modo parecido á las infecciones y de aquí la conveniencia de emplear como tratamiento los mismos métodos de excitación leucocitaria para combatir ambos géneros de intoxicación.

Es posible que la acción antitóxica de la polinucleosis provocada por el tratamiento no sea por el mecanismo que sospechamos, sino por otro distinto.

Podríamos suponer que la acción fagocítica se reduciría á poner en orden la funcionabilidad de las glándulas sexuales primariamente afectadas, pero esto parece dudoso por el hecho clínico de que sus funciones siguen perturbadas durante cierto tiempo después del tratamiento. Así, en uno de nuestros casos, que era una muchacha de veinte años, atacada por segunda vez de hebefrenia, y en la que siempre las fases de perturbación mental fueron precedidas y acompañadas en todo su curso de dismenorrea ó amenorrea, al ser curada recientemente tras el empleo de las inyecciones de nucleinato, la menstruación ha seguido faltando y sólo ha reaparecido después de mes y medio de la curación. Ahora bien, esto no desecha por completo la suposición de una restauración de la función endocrina por la acción defensiva de los leucocitos. Debemos no olvidar el hecho de que los casos de hebefrenias y catatonias con bocio (*propfge Katatonien*) se curan mucho más rápidamente si á la terapéutica nucleínica se asocia la terapéutica tiroidea.

Los efectos curativos del método de las inyecciones leucogénicas se hacen esperar poco, en la mayoría de los casos. A la cuarta ó quinta inyección se observa que los enfermos empiezan á dar algunas respuestas coherentes y á comer espontáneamente y con más pulcritud. Pronto abandonan la costumbre de hacerse encima sus necesidades, y se les ve lavarse y limpiarse algo. Más tarde, se hacen algo comunicativos y dejan de maltratar á los enfermeros. Cuando estas modificaciones llevan un curso rápido, como pasa en algunos casos favorables, el enfermo pide pronto ver ó escribir á su familia; manifiesta que se encuentra mejor y que tiene ganas de salir del sanatorio. De la indiferencia primitiva pasan á interesarse por todo lo que les rodea y buscan á los demás enfermos para hablar con ellos ó para organizar juegos sociales (cartas, ajedrez, etc.). En una palabra, se les ve volver de su mundo *autístico* limitado al mundo exterior que les rodea y adaptarse á las costumbres de éste. La nutrición, que disminuye en la primera fase intensa del tratamiento, se acrecienta luego por la normalización de las funciones vegetativas y los enfermos empiezan á aumentar de peso y á tomar buen color. En algunos casos en que la mejoría se verifica en pocos días, parece que el enfermo se cura de una intoxicación cuyo veneno se va eliminando por los emunctorios naturales. Un problema que no hemos estudiado, y que seguramente ofrece un interesante campo de descubrimientos, es el del estudio de los *cambios metabólicos* de estos enfermos *durante los breves días que á veces dura la crisis curativa*.

Concepto de estas curaciones.

Hemos nombrado repetidamente la palabra *curación* sin que hayamos dado una explicación de la significación que á la misma concedemos, cosa que es preciso para evitar falsas interpretaciones. En realidad, hasta el estado actual del procedimiento no podemos concederle más significado que el de *remisiones provocadas y rápidas*. Falta todavía que el procedimiento, ó sus futuras modificaciones, se empleen en gran escala y se estudien estadísticamente, durante una larga serie de años, para poder hablar de curación en el sentido preciso.

Lo que puede afirmarse rotundamente en vista de las estadísticas publicadas es, que las curaciones en cuestión *no son coincidencias de tratamientos con remisiones en camino*, pues son mucho más numerosas que las remisiones espontáneas, y además, sería querer negar la realidad el suponer que en tantos casos de procesos psicopatológicos de duración tan variada (desde unos meses á varios años) curados por estos métodos siempre coincidió el tratamiento con una remisión que no se había manifestado previamente. Sin embargo, debemos suponer que en los casos de remisión espontánea y lenta el tratamiento nucleínico debe probablemente acelerar el proceso reintegrativo.

Otro asunto importante á dilucidar aún por las experiencias ulteriores, es el determinar si la continuación del tratamiento de una manera permanente y no intensiva (dosis pequeñas y distanciadas) podrá evitar la repetición de las tan frecuentes recidivas de esta enfermedad. En nuestros casos, que así lo hemos aconsejado, se ha hecho y hasta ahora aún no tenemos ninguno de recidiva.

Diremos, por último, que el empleo de este mismo método curativo en otras *psicosis tóxicas* (locura maníaco-depresiva, melancolía involucional) no nos ha dado ningún resultado halagüeño. Sólo en la neurastenia se obtienen efectos beneficiosos á no dudarlos, porque esta enfermedad va acompañada también de linfocitosis y es probablemente de origen tóxico y muy relacionada patogénicamente con la schizofrenia.

Casuística.

Pasaremos ahora á ocuparnos de los casos tratados por nosotros. En resumen, podemos decir que hemos tenido buen éxito con el tratamiento, pues en bastantes de los casos que hemos tratado obtuvimos la curación ó remisión. Bien es verdad que algunos de los casos no presentaban grandes procesos demenciales, pero en cambio, otros llevaban ya muchos años enfermos. Referiremos brevemente sus historias clínicas. Dividiremos nuestros casos en tres categorías, á saber: de curación permanente, de mejoría transitoria y de fracaso. Los casos que citamos como fracasos fueron muy poco tratados y no podemos asegurar si de persistir el tratamiento hubieran mejorado. Estaban en el principio de la fase aguda de la enfermedad en la cual conviene abstenerse del tratamiento leucogénico hasta que el proceso disminuye de intensidad y cae en la fase de indiferencia y abandono.

Al hablar de curación permanente entendemos hasta el momento de escribir este trabajo.

Casos de curación permanente.

Caso I. Hebefrenia.—Catatonia (?).—Joven de diez y ocho años, de Madrid, empleado en un Banco.

Estuvo enajenado dos veces en el manicomio del Dr. Esquerdo. El primer ataque de la psicosis le duró cuatro meses; este segundo se prolongaba ya siete meses. Cuando vimos al enfermo hacía tres meses que aparecía catatónico con mediano negativismo, gran lentitud de reacciones psíquicas, con abandono completo de sí mismo, cayéndosele la saliva, con trastornos vasomotores de cara y manos, micción involuntaria, etc. Le dimos en total 12 inyecciones de dosis progresivas (hasta 100 c. c. de la solución al 2 por 100). A la tercera ó cuarta inyección el enfermo había cambiado por completo. Contestaba á todo, no mostraba resistencia, venía más limpio, no saliveaba, ni se defecaba encima. A la séptima inyección su estado mental era casi normal. Su estado físico se mejoró también y aumentó mucho de peso, tomando la cara buen color. Los síntomas vasomotores desaparecieron. Le dimos aún más inyecciones por afianzar más los resultados. Hoy ha vuelto á ser admitido en el Banco, donde ejerce su profesión regularmente y lleva ya curado casi un año.

(Se concluirá).

LA ENSEÑANZA DE LA QUÍMICA BIOLÓGICA EN ESPAÑA (1)

Por el Dr. JOSÉ RODRÍGUEZ CARRACIDO

Rector de la Universidad Central.

En nuestro número correspondiente al 1.º de Diciembre publicamos bajo el título «La Doctrina de la evolución en la Universidad de Santiago», otro capítulo, como el que á continuación insertamos, perteneciente al libro *Estudios histórico críticos de la ciencia española*, cuya segunda edición ha sido publicada por los farmacéuticos del Cuerpo de Sanidad militar en homenaje á su autor D. José Rodríguez Carracido.

Una demanda, para mí muy honrosa, del Sr. Moureu, profesor de la Facultad de Farmacia de París y director de la *Revue Scientifique*, fué la causa de que en el curso próximo pasado realizase un acto muy frecuente en las cátedras de estudios superiores de las Universidades extranjeras, pero que en las nuestras apenas tiene precedentes. Disertando sobre el *Criterio físico-químico en la Biología* (2) para señalar su transcendencia á la constitución futura de la doctrina de la vida, inauguré el curso de mi enseñanza de 1911 á 1912, y si entonces el deseo de corresponder á una obsequiosa distinción, á la cual iba asociado un empeño patriótico, me llevó á sentar el precedente del expresado acto,

(1) Con una lección sobre el estado coloidal en la materia viva inauguré el curso de 1912 á 1913 para celebrar la instalación de la Química biológica en aula y laboratorio propios, pero á la parte científica precedió una breve introducción histórica, y ésta es la que aquí se publica.

(2) Esta lección inaugural fué publicada en la *Revue Scientifique*, Agosto 5, 1911, pág. 170.

hoy, al ver por fin que la cátedra de Química biológica está instalada, si no con magnificencia, por lo menos con decoro, después de perseverante lucha para conseguirlo, creo que este triunfo merece ser solemnizado también con una lección inaugural extraordinaria como la del curso anterior para publicar en ella la gratitud debida á los favorecedores de nuestro propósito; y para alentar con esta manifestación de reconocimiento las voluntades de los que en lo sucesivo se sientan inclinados á seguir favoreciéndonos.

* * *

Antes de entrar en el desarrollo del asunto científico elegido para este lección, expondré la historia de la enseñanza de la Química biológica en España.

La asignatura, cuyo estudio ha de ser el objeto de nuestras tareas, fué creada por Real decreto de 25 de Septiembre de 1886 en el curso del doctorado de la Facultad de Farmacia, expresando el legislador que tan importantísima materia «se hace cada día más necesaria á los farmacéuticos y á los médicos» (1). La nueva cátedra fué regentada primeramente con carácter de interinidad por el entonces catedrático supernumerario D. Joaquín Olmedilla, poniendo en su cometido todo el celo de que siempre dió laudable muestra en las varias comisiones de su vida académica.

Por Real orden de 23 de Agosto del año 1888 fué nombrado en propiedad el catedrático numerario don Laureano Calderón, quien con el gran caudal de su saber y con las luces de su poderosa inteligencia reveló á las clases médicas españolas el inmenso valor y la incalculable transcendencia á la Biología de la enseñanza que le estaba encomendada. Desgraciadamente para la cultura científica nacional falleció tan eximio profesor en el día 4 de Marzo del año 1894, cuando sólo contaba cuarenta y ocho años de edad, después de haber honrado á su patria con valiosísimos trabajos de investigación publicados en los *Comptes rendus* de las sesiones de la Academia de Ciencias de París y en revistas alemanas, y con sus enseñanzas dadas en la Universidad de Estrasburgo (2).

(1) Este decreto lo suscribe como ministro de Fomento el señor Montero Ríos, pero el diligente gestor de su publicación fué el catedrático de la Facultad de Farmacia D. Fausto Garagarza.

(2) Para una vacante de la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales tuve el honor de proponer á D. Laureano Calderón y el sentimiento de ver su derrota. Destinada al fin de presentar la propuesta, me dió el candidato la relación de sus títulos y publicaciones, y la relación autógrafa que conservo es la que seguidamente transcribo:

«Doctor en Farmacia y en Ciencias Físico-Químicas.

Miembro de la Sociedad Química de Berlín.

Idem de la Sociedad Química de París.

Idem de la Sociedad Mineralógica de París.

Excatedrático por oposición de Química orgánica.

Catedrático de Química biológica de la Universidad de Madrid.

Catedrático de Historia de la Farmacia de la Universidad de Madrid.

Exdirector de trabajos prácticos de Cristalografía física y geométrica en la Universidad de Estrasburgo, por nombramiento de la Facultad de Ciencias de la misma Universidad.

Propuesto por MM. Jungfleisch y Brouardel para académico correspondiente de la de Medicina de París.

Miembro por elección de la Comisión internacional para la reforma de la Nomenclatura en Química orgánica.

Autor de los trabajos;

A imitación de Raad, hemos empleado la siguiente técnica, como variante pancromática del método de Romanowsky:

1. Fijación de los preparados en el alcohol metílico: duración, tres minutos. Todavía es mejor fijar en la solución colorante de May-Grünwald por espacio de tres minutos.

2. Coloración, durante un minuto, en dicha solución de May-Grünwald, diluida en agua destilada, a partes iguales.

3. De antemano se tendrá preparada, y desde larga fecha, la siguiente solución colorante: azul de metileno medicinal, 3 gramos; bórax, 5 gramos, y agua destilada, 100 c. c. Esta solución colorante de Manson-Gosio debe ser vieja.

Los preparados se traspasan directamente desde la solución de May (sin lavar) a una dilución del colorante de Manson-Gosio (1 gota por cada 5 c. c. de agua destilada). La coloración se efectuará durante tres a cinco minutos.

4. Abundante lavado en agua común. Si las preparaciones ofrecen matiz azulado, se diferencia rápidamente con unas gotas de alcohol de 95° y en seguida se las somete a un lavado a fondo en agua común.

Desecación. Aclaramiento en xilol. Montaje.

Los resultados obtenidos son semejantes a los del método de Giemsa: únicamente las granulaciones azurófilas de los linfocitos se impregnan de un modo inconstante.

Leber y Hartmann han utilizado ventajosamente la impregnación de los corpúsculos tracomatosos mediante la hematoxilina férrica; en este caso se ha obtenido la fijación con el sublimado alcohol de Schaudinn.

Lindner ha propuesto la siguiente técnica para el tñido de sus «Initialkörperchen»: fija los preparados en el alcohol absoluto y los tñe después lentamente (una hora) en una dilución hidroacética del colorante de Giemsa (agua destilada, 10 c. c.; solución de Giemsa, 5 gotas; dilución acuosa de ácido acético al 1 por 100, 1 gota) ó rápidamente en una solución colorante análoga, aunque algo más concentrada (agua destilada, 10 c. c.; solución de Giemsa, 10 gotas; solución acuosa de ácido acético al 1 por 100, 10 gotas). En este último caso la coloración se efectuará en diez minutos. Los preparados así tñidos se lavan en agua destilada, eventualmente se los diferencia con alcohol absoluto y luego se les monta en aceite de cedro. Las inclusiones tracomatosas y los mastgránulos se impregnan en azul obscuro, los núcleos de los linfocitos y de los leucocitos en azul y los núcleos de los elementos epiteliales en rosa.

II

La morfología de las inclusiones ó corpúsculos tracomatosos de v. Prowazek-Halberstädter es de lo más interesante y típico. Consisten en mantos plastínicos ó clámides yuxtannucleares: su forma es irregular y ofrecen frecuentemente una concavidad que abraza un segmento del esferoide nuclear. Generalmente, las citadas inclusiones adoptan la forma de una calota ó caperuza,

ó presentan el aspecto semilunar ó reniforme, con una parte cóncava adosada al núcleo de la célula epitelial y con un contorno convexo, paralelo a la circunferencia celular. Esta disposición morfológica es muy frecuente en nuestros preparados, aunque no excluye otros aspectos formales distintos y á veces bastante alejados del tipo descrito. La coloración del substrato plastínico es azulada, variable en intensidad, en relación con el grado de basofilia.

La estructura íntima de la inclusión tracomatosa, que puede llevarse á cabo por alguno de los métodos colorantes antes descritos, ofrécese bastante complicada. Las investigaciones de Halberstädter, v. Prowazek, Lindner, Herzog y otros, han puesto de manifiesto finos detalles de estructura, que no siempre resulta fácil la labor de su interpretación. Nosotros estudiaremos en los cuerpos del tracoma el substrato plastínico, los gránulos elementales ó estromioplasmáticos, los cuerpos iniciales y los llamados «Restkörper».

(Se continuará)

NUEVO TRATAMIENTO CAUSAL DE LA DEMENCIA PRECOZ Y CONCEPCION DE SU PATOGENIA (1)

Por GONZALO R. LAFORA.

Ex-patólogo del Manicomio Federal de Washington, Director del Laboratorio de Fisiología cerebral en la Residencia de Estudiantes.

Caso II. Hebefrenia.—Señora de treinta y ocho años, casada. Hace doce años que empezó á estar mal á raíz de unos disgustos matrimoniales. Hace nueve años que cayó por tercera vez en una fase hebefrénica violenta. Durante estos nueve años, la enferma ha permanecido negativista, violenta, desorientada, agresiva, agitada y con demencia bastante profunda. Cuando nosotros iniciamos nuestro tratamiento llevaba una época de dos años con relativa tranquilidad, pero siempre con autismo marcado; indiferencia por su hija, negativismo, aislándose en una habitación y presentando algunos días estados de excitación. Enferma, muy delgada, se negaba con frecuencia á comer.

Damos el plan de tratamiento á su cuñado, distinguido médico militar, el cual lo sigue con gran escrupulosidad. A las nueve inyecciones vuelvo á verla grandemente mejorada. Ya habla con nosotros, ejecuta todo lo que le ordenamos, come con apetito, está engordando mucho y su inteligencia ha despertado visiblemente. Un mes después (llevaba ya 20 inyecciones) nos la encontramos por la calle compartiendo afectuosamente con una amiga, y en estado normal. Hablo con ella y no se encuentran apenas rastros de su pasada enfermedad; su peso ha aumentado considerablemente. Quiere entrañablemente á su hija, que antes casi no le preocupaba. Lleva cerca de un año curada.

Caso III. Hebefrenia.—Señorita de veintiún años, soltera, de Tomelloso. Segundo ataque de hebefrenia que dura ya trece meses. El primero duró seis meses. La enferma está siempre agitada, se automutila, se ensucia

(1) Véase el número anterior.

encima y embadurna con sus excrementos; es violenta, padece insomnio, su lenguaje es procaz, se resiste á comer. Precisa dos enfermeras que la vigilen de día y noche. Tiene trastornos vasomotores y secretorios (suspensión de la menstruación, color bronceo). En esta difícil situación, empezamos el tratamiento por las inyecciones de nucleinato, haciéndose preciso sujetar violentamente á la enferma para ponérselas, porque golpea á todos, escupe y grita hasta quedarse afónica.

Cuando llevamos diez inyecciones notamos que la enferma ya no se orina y va comiendo sin resistencia. Sin embargo, siguen las fases de agitación y la inteligencia permanece trastornada. Después de ocho inyecciones más no observamos casi ningún nuevo progreso. Sólo el padre de la enferma que no la ha visto hace tiempo la nota mejor, más nutrida, más inteligente y con menos indiferencia respecto á él y su familia. Nos anima á seguir, venciendo nuestra desesperanza, y después de otras ocho inyecciones la enferma empieza á mejorar rápidamente. Ya no se agita, come sola, habla acordeamente, escribe espontáneamente á sus padres, no se resiste á que se le den inyecciones, y aunque algunos ratos aún se notan restos de su perturbación, la situación ha variado considerablemente. Un mes después, cuando llevaba tomadas veintiocho inyecciones, es dada de alta la enferma en completa normalidad. Examinada mentalmente con las pruebas psicológicas (comparaciones, absurdos, asociaciones, etc.) revela una normalidad completa. Este estado se mantiene desde hace ocho meses, habiendo engruesado, teniendo ya buen color y con retorno de la menstruación á los tres meses de curarse.

Caso IV. Heboidofrenia.—Muchacha de veinticinco años, de Madrid. Está enferma desde hace cinco años que fué abandonada por su amante, el cual la dejó con un hijo natural. Tiene temporadas de indiferencia absoluta en las que permanece inmóvil todo el día en una habitación oscura. No habla ó tiene soliloquios. Algo negativista. No quiere comer. Tiene flexibilidad cérica. Automatismo. Impulsiones. Después de dos meses de tratamiento (catorce inyecciones), queda completamente curada. Ya es comunicativa, alegre, come bien, ha engruesado. Se encuentra perfectamente y discurre normalmente.

Caso V. Hebefrenia.—Muchacho de diez y nueve años, de Tomelloso. Hace cuatro meses empezó á dar gritos, á acometer á todos, á masturbarse constantemente, oía voces de santos y personas, decía que la comida tenía sapos y no quería comerla. Estuvo en el Manicomio de Ciudad-Real y allí mejoró bastante de la agitación, pero quedando con aspecto deprimido. Cuando le observamos tenía flexibilidad cérica, automatismo, dificultad en las pruebas asociativas, indiferencia y abandono, dejando caer la saliva.

Después de ocho inyecciones de dosis crecientes es dado de alta completamente curado. Está alegre, comunicativo y responde á las preguntas con acierto. Lleva ya seis meses curado.

Caso VI. Trastornos hebefrénicos.—Muchacha de veintiocho años, soltera, de Manzanares. Hace nueve años tuvo unos cuantos días de insomnio y de adelga-

zamiento con perturbación intelectual ligera. Un día inesperadamente, y sin motivo, se arrojó al pozo de la casa, siendo extraída viva. Estuvo aún una temporada algo perturbada, triste y con algo de ansiedad, y por fin quedó bien. Este año en Junio se repitió lo mismo y por segunda vez se tiró á un pozo y pudo ser salvada. Desde entonces está triste, como asustada, come poco, no duerme bien, tiene tendencia al aislamiento. Este estado no se ha corregido con los sedantes corrientes, ni con la vida higiénica del campo. Traída á Madrid consulta con otro especialista y con nosotros. Aquél le prescribe la bromidia y nosotros el tratamiento nucleínico. Un farmacéutico recomienda á la familia que se le dé sólo la bromidia y así lo hacen durante una temporada, sin notar mejoría alguna, según nos escribe el padre. «En vista de ello—dice la carta—empezamos con las inyecciones ordenadas por usted, y á las ocho ó diez la enferma notó una notable mejoría, la cual continúa con grandísima satisfacción para nosotros. Lleva puestas veintisiete ó veintiocho inyecciones, duerme admirablemente, ha recuperado la alegría que había perdido y la encontramos completamente igual á como estaba antes del accidente, si bien come un poquito menos de lo que acostumbraba á comer.»

Caso VII. Hebefrenia.—Joven médico de veintiséis años, natural de Méjico. A los siete años tuvo obsesiones consecutivamente al sarampión. A los veintiuno, en Nueva York, después de grandes esfuerzos mentales, empieza á tener insomnios, excitación y á creer que le hipnotizan. Entra en un manicomio como médico y á los pocos días se trastorna, presentando negativismo, ideas extrañas y alguna alucinación; se niega á comer. Está cinco meses mal y se cura. En Méjico vuelve á recaer dos años más tarde presentando alucinaciones auditivas, ambivalencia, abulia, ideas confusas, y se cura á los cinco meses. Al año vuelve á recaer y está cuatro meses en una fase catatónica. Cuando nosotros le vemos, hace cinco meses que salió del sanatorio. Viene á España porque no se encuentra bien y quiere curarse en un Manicomio. Nota debilidad intelectual, mala memoria, insomnio y á veces alucinaciones é ideas impulsivas que no puede dominar. Le examinamos y comprobamos cierto automatismo, flexibilidad cérica y alguna dificultad para resolver problemas lógicos complicados. Le sometemos á un tratamiento nucleínico y á los veinticinco días se encuentra muy bien: con la inteligencia clara, buen apetito y humor y sin ideas falsas, ni las alucinaciones que á veces tenía. Ha aumentado además de peso.

Caso VIII. Trastornos heboidofrénicos.—Muchacho de diez y siete años, hijo de obrero. Padre alcohólico. Desde hace seis meses se observa que está distraído é indiferente. Además tiene impulsiones fuertes y se enfada bruscamente por cualquier cosa. Empezó á escaparse de su casa y no volvía á comer ni á cenar, faltando á veces más de veinticuatro horas y volviendo famélico de no comer en todo ese tiempo. Pasaba la noche vagando por las calles sin plan fijo y á veces se metía en cinematógrafos. Habla solo mucho, se ríe sin motivo ó está ensimismado. No acude al taller. Los castigos pa-

ternos no hacen mella en él. Hecho el análisis de sangre presenta linfocitosis mediana y ligera eosinofilia.

Este cuadro clínico que podría incluirse dentro de la llamada perversión puberal del sentido moral, es en realidad una manifestación heboidofrénica.

Después de un mes de tratamiento nucleínico el muchacho se pone mucho mejor. Deja de hablar solo y de reirse. Ya vuelve siempre á comer á casa aunque sale de vez en cuando. Es menos impulsivo y se deja poner las inyecciones, que en un principio era difícil por la resistencia que ponía.

Casos con mejoría parcial ó temporal.

Caso IX. Hebefrenia. — Muchacho de veintiocho años, estudiante de ingeniero, de Jerez de los Caballeros. Hace seis años empezó á aislarse, á estar excitado, á decir incongruencias, y fué llevado por la familia al manicomio de Cienpuzuelos, donde ha permanecido seis años. Tiene aún fases de ligera agitación, pero en general está tranquilo, silencioso é indiferente. Se orina encima y está descuidado. De vez en cuando está algunos días algo despejado y hace alguna pregunta ó contesta acordemente á lo que se le interroga, pero luego vuelve al mismo estado en que está de ordinario. Le hemos tratado dos meses dándole diez inyecciones. Ya desde la octava el enfermo empezó á hablar con los otros enfermos del Sanatorio, á jugar á las cartas, á responder á las preguntas, á no orinarse y, en fin, á recuperar la vida de relación. Más tarde esta mejoría fué acentuándose y un día el enfermo espontáneamente escribió la siguiente carta á su hermano: «Me alegraré que estés bueno, yo así lo estoy á Dios gracias. Cuando esté mejor te volveré á escribir yo. Y dale recuerdos á todos. Tu hermano que te quiere mucho.» Nunca en sus ligeras remisiones espontáneas había llegado á esta mejoría tan acentuada. En esta situación hubimos de abandonar al enfermo por causa del veraneo, y aunque en el Sanatorio le han puesto aún algunas inyecciones, han sido pocas y de dosis muy débiles. No sabemos si debido á esto, ó á que la enfermedad ha tomado nuevo impulso, lo cierto es que á nuestra vuelta el enfermo estaba próximamente como antes de empezar el tratamiento. Reanudaremos éste pronto.

Caso X. Demencia paranoide. — Muchacho de veinticuatro años, estudiante de abogado. Los padres son primos hermanos. Desde hace cinco años empezó á observar su familia que el enfermo lo encontraba todo mal, se oponía á todo, criticaba la conducta de todos. Poco á poco fué acentuándose esta inadaptación y el enfermo empezó á decir que le envenenaban la comida en su casa y luego en los diferentes hoteles adonde se le llevó. Su sistema ideativo fué complicándose, suponiendo que le perseguían por ser muy rico. A su vez el enfermo conserva cierta consciencia de su enfermedad, creyendo que tiene el cerebro destrozado, en parte por los venenos que le hacen tomar y en parte por la herencia que él considera degenerada. Su estado de ánimo es variable, sus explicaciones á veces incongruentes y sin razonar y otras sólidamente lógicas. Permanece año

y medio en el manicomio de Santa Agueda. Examinado por nosotros más tarde, observamos un cierto déficit intelectual que se manifiesta en la dificultad asociativa para resolver problemas de diferenciación, semejanza, síntesis, etc., utilizados en el examen de la inteligencia. Tiene además manifiesto autismo y flexibilidad cérica. A temporadas hay que alimentarle con sonda por negarse á comer. Puesto más tarde en tratamiento, mejora el enfermo considerablemente á las 12 inyecciones. Discurre mucho mejor, resolviendo cuestiones antes insolubles para él, y á veces no habla ya de los envenenamientos. Esta mejoría relativa dura, sin embargo, poco, pues un mes más tarde el enfermo vuelve á las sospechas, á no querer comer y á negarse que se le trate, porque sospecha que se le inyecta veneno.

Casos de fracaso (tratamiento incompleto).

Caso XI. Hebefrenia. — Muchacha de diez y ocho años, de Santander. Tiene otra hermana casada, con perturbación mental. Desde hace dos años empezó á estar triste, á no dormir y á decir de continuo que había despreciado injustamente á su pretendiente y que esto le traería desgracias. Más tarde se perturbó en mayor grado: bailaba, cantaba, oía voces, insultaba á personas imaginarias, blasfemaba, ponía resistencia á los mandatos. Observada por nosotros, comprobamos el automatismo, algo de flexibilidad cérica, la dificultad ideativa para resolver problemas sencillos, la indiferencia, ningún negativismo. Recomendamos al hermano, que es médico, el empleo de las inyecciones de nucleinato en dosis crecientes con el control de los exámenes hematológicos. Hasta ahora no lleva dadas más que ocho inyecciones, y aunque es prematuro decidir el resultado que darán, aún no se ha observado mejoría alguna. *Lleva sólo un mes de tratamiento.*

Caso XII. Hebefrenia. — Muchacha de treinta y dos años, soltera. Es la tercera vez que está atacada de la psicosis. En las otras veces se observó que quería defender á sus hermanos de enemigos imaginarios, estaba excitadísima, negativista. Saltó de una ventana á otra de un patio, en un cuarto piso, para huir de enemigos fantásticos. Esta vez empieza el ataque hace unos días. Se la observa algo excitada é incoherente, pero aún discurre bien cuando se la distrae algo. Tiene marcado automatismo y flexibilidad cérica, pero nada de negativismo. Se empieza el tratamiento, pero á la segunda inyección es preciso recluir á la enferma y se suspende el tratamiento. No sabemos, en realidad, si éste daría un resultado eficaz de ser continuado. Sin embargo, lo anotamos para llevar una estadística completa de nuestros casos.

Deducciones.

Estos son los casos que hemos podido estudiar durante un prolongado espacio de tiempo, y que, por tanto, nos sirven para una valoración de las aplicaciones del método terapéutico leucogénico en la demencia precoz. En la actualidad tenemos un gran número de casos en tratamiento y en ellos empleamos ya todos los

perfeccionamientos que nuestra práctica nos recomienda, y especialmente llevamos una detallada estadística de las modificaciones en la sangre por la influencia del tratamiento.

Creemos firmemente que el método ofrece un gran porvenir y que debe ser cuidadosamente estudiado y perfeccionado reuniendo los datos acumulados por muchas experiencias, pues si aún no es un tratamiento de éxito constante, nos permite, sin embargo, curar á un gran número de casos que antes permanecían durante tiempo indefinido en los manicomios y casas de salud.

¿Cuál es en definitiva el mecanismo curativo probable de este tratamiento nucleínico? Aparte de la teoría defensiva de la leucocitosis ideada por Donath y de la reintegración de las glándulas endocrinas que hemos supuesto nosotros más atrás, queda una tercera probabilidad y es la de que los preparados nucleínicos inyectados vayan á reintegrar pérdidas de estas sustancias en el tejido nervioso causadas por los intensos trastornos del metabolismo en la demencia precoz. Para poder confirmar ó desechar esta idea hemos pensado ensayar otras sustancias leucogénicas (fermentos metálicos, abscesos de fijación por la trementina, sueros de caballo, etc.), y con este objeto nuestro constante colaborador el Dr. Escudé ha empezado á ensayar en perros la dosificación de la alantoína, substancia extraída de la planta conocida vulgarmente con el nombre de «planta del pus» (1), y que inyectada en los conejos les produce fuertes leucocitosis polinucleares.

Sin embargo, el hecho que ha servido de punto de partida para estos tratamientos, es decir, las mejorías espontáneas de los dementes precoces consecutivas á enfermedades febriles hace desechar á priori la explicación dicha y apoya la teoría de un aumento de las capacidades defensivas y antitóxicas de la sangre, ya que en dichas remisiones post-infecciosas no intervienen para nada los preparados nucleínicos.

Reglas de conducta.

Sólo nos resta añadir algunas reglas de conducta respecto al momento de emplear el procedimiento resultado de nuestra experiencia.

La primera regla es, que cuando el proceso se inicia y los enfermos presentan gran agitación maniaca, insomnio, confusión é impulsividad, no debe emplearse el método aún, esperando á que pase esta fase aguda de la enfermedad y que sobrevenga la de quietud, indiferencia, abandono y estado aparentemente demencial. Si el estado de agitación se prolonga indefinidamente, convendrá empezar el tratamiento hacia los dos ó tres meses de la iniciación, cuando la excitación ha disminuído algo.

La segunda regla es, que los casos que ofrecen peor pronóstico curativo son los de la forma paranoide, y los de mejor pronóstico son los de la catatónica.

La tercera regla es, que para considerar fracasado el método en un caso, debemos prolongar durante tres

meses el tratamiento, y si entonces no ha habido ninguna variación en el estado clínico del enfermo, podemos perder todas las esperanzas.

La cuarta regla es, que si después de observar una mejoría durante el primer mes, sobreviene luego un retroceso, debe suspenderse quince días el tratamiento, para volver á empezar luego con dosis progresivamente crecientes y prolongarle de nuevo tres meses.

La quinta regla es, que cuando el enfermo mejora rápidamente no deberá suspenderse el tratamiento si aún no está completamente curado, pues es frecuente que retroceda la enfermedad si no se continúa. Sólo después de una mejoría completa con reintegración intelectual (pruebas mentales) puede darse por terminado el tratamiento intensivo, pero convendrá seguir una temporada de tratamiento moderado con dosis pequeñas.

Conclusiones.

1) El tratamiento de los casos de demencia precoz con los preparados leucogénicos de ácido nucleínico produce una proporción de curaciones ó remisiones mucho mayor que la que se observa espontáneamente.

2) En algunos casos recientes parece que el tratamiento precipita una remisión espontánea en preparación.

3) En otros casos crónicos la curación es debida exclusivamente á la acción terapéutica del método.

4) Muchos de los enfermos vuelven á una normalidad mental igual á la que tenían antes de caer enfermos, si el tratamiento se continúa debidamente.

5) No es posible determinar aún si la continuación permanente del método en dosis atenuadas é intermitentes podrá conducir á una curación permanente y definitiva de la enfermedad.

6) La interrupción prematura del método antes de establecerse la remisión completa, da lugar á recaídas.

LA MEDICINA Y LA GUERRA

MI VISITA AL FRENTE FRANCES

V

El miércoles por la tarde visitamos la *Maison Blanche*. Es una finca de los alrededores de París que mide unas 20 hectáreas y ha sido también dedicada á los soldados heridos, mutilados en su cuerpo ó trastornados en su espíritu. Junto á una amplia y arbolada carretera se yergue un grandioso edificio, fabricado con ladrillo rojo y piedra blanca, artísticamente combinados, y de un aspecto bellísimo. Está allí á la entrada, destinado á la Administración. Dada su suntuosidad no se espera que detrás de él, á cierta distancia y formando contraste, se hayan levantado pabellones de modestísima apariencia, de arquitectura elemental, que serán derruídos probablemente cuando desaparezcan las circunstancias que han motivado su erección. Es ésta otra nueva manifestación de que Francia no ha omitido sacrificios de ningún género para atender debidamente á las víctimas de la guerra. Allí se han instalado talleres, dormitorios y varias habitaciones para soldados; en esta mansión, surcada de senderos de fina arena, que limitan jardinillos y pabellones,

(1) Planta usada popularmente para provocar supuraciones, lo que indica su capacidad leucogénica intensa.