

VOL 17 - 2000 ~~179-1~~
1930
12-6-

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL FUNCIONALISMO

HEPATICO EN LA

DEMENCIA PRECOZ CATATONICA.

Prueba escrita que para su examen
de grado en
MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA
presenta
SALVADOR MOLINA VELEZ

México
1930

UNIVERSIDAD NACIONAL
- DE -
MEXICO
INSECCION DE BIBLIOTECAS

A la imborrable memoria de mi padre
el señor don
ROSENDO MOLINA
con veneración y respeto.

A mi buena y cariñosa madre la señora
ISABEL VELEZ VDA. DE MOLINA
quien con su ejemplo, abnegación y
sacrificios me dió porvenir y alientos
en la vida.-

A LA UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
en cuyas aulas inicié mis estudios.

Al señor Dr.
MANUEL GUEVARA OROPEZA
mi Presidente de tesis,
con agradecimiento y respeto.

Al señor doctor
ALBERTO ILLANA
quien bondadosamente me
puso en los trabajos de
laboratorio."

Al señor Dr.
MANUEL GUEVARA OROPEZA
mi Presidente de tesis,
con agradecimiento y respeto.

Al señor doctor
ALBERTO LEZAMA
quien bondadosamente me
guió en los trabajos de
laboratorio.-

Al señor Director del Manicomio General del D.F.
mi Maestro el Dr.
SAMUEL RAMIREZ MORENO,
a quien por diferentes títulos
debo agradecimiento.

A mis distinguidos amigos los señores
DEMETRIO MACIEL Y VICTORINO FLORES
con mi aprecio y agradecimiento.-

Al Sr. Director y a la C.D.N.S.
D.G. y S.G. que en la Ciudad de Mo-
relia Mich. estuvo reunida en los -
años de 1917 a 1922.-

A mis amigos y compañeros
MARIANO LOPEZ,
ANTONIO LOPEZ TENA,
LUIS FIGUEROA O,
MIGUEL HURTADO JUAREZ y
DOMINGO MARTINEZ
con mi especial afecto y
estimación.-

A mis maestros.

A mis amigos.

A mis compañeros

....."La psychiatrie actuelle tend à accepter l'idée si rationnelle de -- psychoses nées exclusivement de l'ac-- tion de poisons sur l'économie et même à orienter les recherches dans cette -- voie."

E. RÉGIS.

I N T R O D U C C I O N

Este modesto trabajo se aleja, por su propia naturaleza, del espiritualismo metafísico que ha campeado en el dominio de la Psiquiatría. Las tendencias modernas en la ciencia y muy especialmente en el terreno de las Ciencias Biológicas de implantar el criterio de la filosofía positiva que por los sentidos informa y satisface a la mente con realidades tangibles, es un movimiento que ha englobado ya los problemas sentados a la Neurología y la Psiquiatría; de tal manera que, con tales orientaciones vengo a presentar este humilde estudio que no tiene más objeto que constituir mi modesta contribución a las investigaciones en el amplio campo de la Medicina.

Consiste mi labor en el corto acopio de algunos casos clínicos en los que he estudiado el funcionalismo hepático en la demencia precoz catatónica.

De él, dada mi falta de experiencia y mis cortos conocimientos de modesto estudiante de Medicina, pocas y de escasa importancia serán las conclusiones que se obtengan; más a pesar de eso, me permito ponerlo a la consideración de los señores Jurados advirtiéndole que, en las observaciones clínicas y pruebas de laboratorio fui cuidadoso y atento para consignarlas correctas y exactas, único mérito quizá que pueda ofrecer la presente Tesis.

Aunque mi esfuerzo, he de decirlo, ha tendido a obtener algunas conclusiones que merecieran ser de alguna utilidad y las que, obtenidas, igualmente expongo al criterio y juicio clemente del respetable Jurado.

Ahora bien, el plan bajo el cual se ha ordenado

el presente estudio es, como éste, sencillo y corto, todo se halla expuesto en cinco capítulos de la amplitud necesaria para tratar debidamente la materia en la siguiente forma:

- I. FUNDAMENTOS DEL PRESENTE ESTUDIO.
- II. FUNCIONES EXPLORADAS Y METODOS Y TECNICAS -- PRACTICADOS EN LOS ANALISIS DE LABORATORIO.
- III. OBSERVACIONES CLINICAS.
- IV. RESULTADOS Y ANOTACIONES.
- V. CONCLUSIONES.

-----0-----
----0----
--0--
-0-
0

FUNDAMENTOS DEL PRESENTE ESTUDIO.

El principio de las investigaciones como de las que se ocupa el presente trabajo data de fines del siglo pasado. Fue M. KLIPPEL quien primero, en 1892, hizo notar la frecuencia del disfuncionamiento hepático en las psicopatías.

Vinieron después los trabajos de CHARRIN, REGIS, CHEVALLIER, LEOPOLD LEVY, MAURICE FAURE, HANARD, --- SERGEANT, etc. ampliando el capítulo de las investigaciones fundamentales de Klippel.- TARWOLA y Mile.- BADONNE hicieron un estudio especial del funcionamiento hepatorenal y las alteraciones sanguíneas en los estados melancólicos.

Y para no hacer citas limitadas únicamente a la escuela francesa, habrán de señalarse las observaciones hechas en Inglaterra, Alemania, Rusia representada por la escuela de PAWLOW, Dinamarca, Italia, etc. partes en las que en diversos centros científicos ha habido la preocupación por las ideas organizistas en el dominio de la Psiquiatría, habiéndose tomado especial empeño en descubrir y señalar las alteraciones en el aparato digestivo en la Demencia Precoz; habiéndose llegado a diversas conclusiones aunque todas teniendo en común la tendencia a definir un papel preponderante de las alteraciones de los órganos digestivos en la hebefreno-catatonía. En esta clase de investigaciones destacan los nombres de GRIEZINGER, de SELMER, de MAYR, FEWINI, PILKS, TOGAMI, --- BUSCAINO y otros. Muy especialmente en patología hepática en relación con psicopatías figuran BÜCHLER, --- LINGGERDE, éste último que señala en los enfermos mentales casi constantemente urobilinuria, con un 75% en esquizofrénicos, aumento de bilirrubina hemática y comprueba hechos por autopsia en los que encontró modificaciones macroscópicas del hígado. --- BUSCAINO por su parte hace notar la frecuencia de la histaminuria en la Esquizofrenia, la amencia y los -

postencefalíticos y cuyo origen lo refiere A TRASTORNOS HEPATICOS determinados probablemente por intoxicación de origen intestinal.

Con tales precedentes, en este trabajo se intenta hacer el estudio de la insuficiencia hepática en la catatonía. Aunque en el caso particular de este síndrome existe ya algo más. El Profesor P. GIRAUD en su artículo "La Concepción Neurológica del Síndrome Catatónico" engloba tal padecimiento en el conjunto de los que se comprenden dentro del síndrome extrapiramidal.

Entra el autor en un análisis cuidadoso y bien llevado, explicando científicamente cada uno de los síntomas de la catatonía en relación con lesiones de los núcleos grises "cuando menos desde el punto motor" según expresa él mismo.

Y aún más, da también explicación del elemental relacionándolo con las mismas alteraciones de los núcleos subcorticales.

En una palabra, funda la tesis de que la catatonía bien puede considerarse dentro de la serie de las entidades morbosas cuyo sustractum anatómico lesional radica en los cuerpos optoestriados; pero, ciertamente, sin menospreciar la presencia de lesiones corticales.

Ahora bien, estando el grupo de padecimientos citados constituido por las enfermedades de WILSON, por la pseudoesclerosis en placas de Westphal y Strümpell la enfermedad de Voght, etc. y dentro del cual se le busca lugar a la catatonía y siendo así que en aquellos padecimientos se ha encontrado si no en todos los casos, al menos muy frecuentemente alteraciones anatómicas y funcionales del hígado y de los citados centros al grado de crearse la denominación de degeneración hepato-lenticular, parece bien, dentro de la buena lógica, investigar en la catatonía el estado funcional del hígado y que la investigación decida sobre este punto de vista que parece bien fundado.

Recuérdese así mismo que, a través del espíritu lúcido de Kalbaum quien primero hizo la descripción de la catatonía, no se pasó por alto la parte neurológica, es decir, el sustractum orgánico, sino que, junto a los signos psíquicos se dió cuenta de "los fenómenos de orden espasmódico" y a los cuales concedió singular importancia. Y esto acaecía diez lustros antes de la citada Concepción Neurológica expuesta por Giraud y en la que, como vimos, tan magistralmente aduce razones de orden netamente científico que hacen pensar en la semejanza del síndrome catatónico con los padecimientos extrapiramidales. Es esto, a mi manera de ver, uno de los motivos que más inducen a que se lleve a efecto la investigación del funcionamiento hepático en los estados catatónicos.

Mas a mayor abundamiento, hay todavía otros dos puntos de vista que encausan la mente a buscar relaciones entre tal síndrome y la patología hepática y estos fundamentos son: la etiología tox infecciosa de la Demencia Precoz aceptada universalmente y la presencia casi constante de la tuberculosis en los enfermos catatónicos.

En el primer caso se ha expuesto la idea de que un ataque tóxico o infeccioso de cualquier naturaleza y entre aquel, ya sea exógeno o endógeno, obran como causa determinante para hacer estallar el síndrome. (Aquí se sobreentiende la existencia de la predisposición.)

Por otra parte se concede gran importancia en este caso a los padecimientos gastrointestinales, es decir, de los órganos más directamente en relación con la glándula generadora de glucógeno. Se ha hecho especial mención de las sustancias altamente tóxicas formadas a nivel del tubo digestivo y aun aquellas llegadas del exterior (alcohol), todas fisiológicamente obligadas a caminar por la circulación porta hacia el parenquima glandular hepático.

Tales tóxicos acarreados por la circulación, están fatalmente destinados a recorrer la economía -

entera impregnando todos los tejidos alterándolos.

Mas, situada la glandula hepática con la serie de sus importantes funciones en la puerta de entrada de la circulación general y muy principalmente con su papel en el metabolismo de los proteicos y los hidratos de carbono, con su función antitóxica y su acción citolítica frente a los microorganismos; esos tóxicos y esos agentes infecciosos o sus toxinas transformados o destruidos por el maravilloso mecanismo funcional del hígado, entran a la circulación general ya sin sus propiedades vulnerantes que les hizo perder la glandula hepática a su paso por ella.

Ahora, si se concibe un déficit o una alteración grave de las funciones del hígado que impide o disminuye el perfecto funcionalismo de la glándula que deja pasar sin modificación alguna o incompleta los gérmenes y las toxinas y, al mismo tiempo esas mismas circunstancias hacen que "in situ" se produzcan otras nuevas sustancias igualmente nocivas; sin esfuerzo se comprende las condiciones en que son puestos todos los tejidos de la economía regados por una sangre que contiene tales toxinas, de las cuales unas son altamente nocivas para la sustancia nerviosa.

En cuanto al punto de las relaciones entre el síndrome hebefreno-catatónico, la insuficiencia hepática y la tuberculosis, puede ser demasiado teórica la manera de entender cómo es el mecanismo de sus afinidades y la forma como se concibe para tomarla como otro punto de fundamento del presente estudio.

Veamos los conceptos.

Es notorio y de aceptación general que así como es frecuente la lesión hepática en las enfermedades de Wilson, de Vogth, la pseudo esclerosis en placas de Westphal y Strümpell etc. en la hebefreno-catatonía figura la infección bacilar de alguna parte del organismo.

A este respecto, veamos lo que dice el siguiente párrafo escrito nada menos que por el eminente --

psiquiatra E REGIS, que dice: "El pronóstico de la D.P.- no es grave en cuanto a la vida del paciente, ya se ha dicho al principio de este capítulo. Esto es exacto en el sentido de que no se muere de Demencia Precoz como de P.G.P. o delirio agudo. Pero es necesario señalar LA FRECUENCIA CON LA CUAL UNA TUBERCULOSIS PULMONAR O INTESTINAL DE MARCHA RAPIDA VIENE SOBRE TODO EN LA MUJER Y EN LAS FORMAS CATATONICAS a terminar frecuentemente la evolución de la enfermedad" Y mas adelante se lee: "...a este propósito Kiernan desde 1877 ya había llamado la atención sobre el hecho de que GRAN NUMERO DE CATATONICOS SUCUMBAN POR TUBERCULOSIS...."

Y he aquí la explicación, quizás forzada, de la manera de ligarse el síndrome que se estudia con la tuberculosis por intermedio del hígado.

Se ha dicho y está fundado por observaciones y estadísticas que toda enfermedad infecciosa es de mayor gravedad en el hepático que en el individuo sano. Determinando estos hechos el principio de trabajos de investigación que vinieron a comprobar los datos arrojados por la estadística y las observaciones clinicas aisladas.

Mas fueron observaciones y no una explicación, ésta se obtuvo hasta hacer el estudio especial de la tuberculosis por tener en este caso el medio de "control" de la Cutirreacción de Von Pirquet.- Descubriéndose así que en los hepáticos tal medio biológico daba resultados negativos, o lo que es lo mismo, descubría en esos organismos un estado de "anergia" según el término usado por el mismo autor de la cuti. Es decir se hallaba el organismo carente de recursos de defensa ante una invasión bacilar, pues la cutirreacción no revela tanto la falta de reacciones locales, cuanto una "sensibilidad especial a la germinación tuberculosa".

Debiendo advertir, para ser completos, que dicho fenómeno biológico no es exclusivo de la insuficiencia hepática, sino que se presenta en otros esta

dos ya sean de infección ó de intoxicación, pero que de todas maneras no deja de tener valor diagnóstico y pronóstico en las alteraciones funcionales del hígado.

De todo lo anterior se desprenden dos hechos de significación para el objeto de este trabajo:

1/o.- Que pudiendo ser el estado de "anergia hepática" (Fiessinger) un determinante de la infección bacilar, induce este hecho a la investigación de la insuficiencia del hígado para, a ser posible, intentar relacionar un fenómeno con otro.

2/o.- Esto de mayor interés, consiste en que, - aceptado el anterior hecho, y en vista de la frecuente coexistencia de la tuberculosis en la hebefreno-catatonía, se inclina el espíritu, fundadamente, a - buscar en tal síndrome la alteración o alteraciones funcionales del hígado acompañantes obligadas del estado "anérgico".

En resumen, son tres los puntos en que se funda el presente trabajo: PRIMERO. La concepción neurológica moderna del síndrome catatónico por la que se intenta hacerlo entrar en la serie de las enfermedades comprendidas en el síndrome extrapiramidal y en las que, concomitantes con las lesiones nerviosas, existen lesiones hepáticas.- SEGUNDO. La etiología tóxi-infecciosa señalada a la hebefreno-catatonía con cuya etiología, por sus funciones, como queda explicado, se halla tan íntimamente ligada la glándula hepática.- TERCERO. Finalmente, el mecanismo de la tuberculización de los hebefreno-catatónicos por intermedio de un hígado en déficit de sus funciones, conceptuándose tal estado como una "anergia hepática" que coloca al organismo en condiciones de mayor receptibilidad de la infección bacilar.

Mas con todos estos puntos de vista, debo advertir, no señalo categóricamente y rotundamente el papel absoluto del hígado insuficiente en la etiología y patogenia del síndrome en estudio, sino únicamente - los tomo como hechos que inducen a despertar las ---

ideas expuestas.

Pues claro es que existen otras muchas acciones biológicas que limitan la amplitud del papel del hígado en el mecanismo del desarrollo de la catatonía, más "a priori", debe tomarse en consideración que es precisamente lo que se busca aclarar con los resultados y conclusiones a que dé lugar la presente investigación.

Pues si tal órgano con sus lesiones interviene en la génesis de hechos patológicos, no es la sola viscera que funciona en la economía sino son varias, son todos los tejidos, que en la armonía de la sinergia explicada por la Fisiología, se influyen mutuamente favoreciendo o alterando entre sí su funcionalismo.

No se intenta pues más en este limitado estudio, sino: Descubrir si es constante la insuficiencia hepática en la catatonía y qué funciones son las alteradas.

FUNCIONES EXPLORADAS Y METODOS Y TECNICAS PRACTICADOS EN LOS ANALISIS DE LABORATORIO.

Se inicia el presente capítulo previa la opinión pedida, sobre el particular, a doctos fisiólogos como OCARANZA, ROSEMBLUETH, IGNACIO GONZALEZ GUZMAN, etc.; a los especialistas en Patología digestiva FOURNIER, etc. y a los peritos en el laboratorio LEZAMA, ARGIL, I. GONZALEZ GUZMAN, etc. Acudiéndose así mismo, a los datos de literatura médica que más pudieran ilustrarnos sobre el asunto que se expone.

Tales medios con el objeto de hacer las investigaciones por los procedimientos más exactos y con un criterio científico ecléctico y más de conformidad con las ideas modernas.

De tales consultas y lecturas hubo de llegarse a conceptuar que las funciones hepáticas indispensables de investigar para formarse juicio de la capacidad funcional del órgano y, principalmente, en relación con el carácter del presente trabajo, son las siguientes:

- 1o. La función glucogénica.
- 2o. La función azoada.
- 3o. La función antitóxica.
- 4o. La función fibrinopoyética ó trombopéxica.
- 5o. La función biliar.

Esto es resumido y a fin de limitar el trabajo pues sería labor compleja y difícil hacer la investigación de las numerosas funciones que hasta hoy se conocen y se estudian en el hígado.

Y no se diga que se ha efectuado una elección al acaso de determinadas funciones, sino que ha sido dirigida por las ideas que, respecto al asunto quedan expuestas en el capítulo anterior, agregando a ese el concepto de fisiólogos y clínicos quienes conceden naturalmente cierta gerarquía entre las --

Es cierto que existe lo que se ha dado en lla-

FUNCIONES EXPLORADAS Y METODOS Y TECNICAS PRACTICADOS EN LOS ANALISIS DE LABORATORIO.

Se inicia el presente capítulo previa la opinión pedida, sobre el particular, a doctos fisiólogos como OCARANZA, ROSEMBLUETH, IGNACIO GONZALEZ GUZMAN, etc.; a los especialistas en Patología digestiva FOURNIER, etc. y a los peritos en el laboratorio LEZAMA, ARGIL, I. GONZALEZ GUZMAN, etc. Acudiéndose así mismo, a los datos de literatura médica que más pudieran ilustrarnos sobre el asunto que se expone.

Tales medios con el objeto de hacer las investigaciones por los procedimientos más exactos y con un criterio científico ecléctico y más de conformidad con las ideas modernas.

De tales consultas y lecturas hubo de llegarse a conceptuar que las funciones hepáticas indispensables de investigar para formarse juicio de la capacidad funcional del órgano y, principalmente, en relación con el carácter del presente trabajo, son las siguientes:

- 1o. La función glucogénica.
- 2o. La función azoada.
- 3o. La función antitóxica.
- 4o. La función fibrinopoyética ó trombopéxica.
- 5o. La función biliar.

Esto es resumido y a fin de limitar el trabajo pues sería labor compleja y difícil hacer la investigación de las numerosas funciones que hasta hoy se conocen y se estudian en el hígado.

Y no se diga que se ha efectuado una elección al acaso de determinadas funciones, sino que ha sido dirigida por las ideas que, respecto al asunto quedan expuestas en el capítulo anterior, agregando a eso el concepto de fisiólogos y clínicos quienes conceden naturalmente cierta gerarquía entre las diferentes modalidades funcionales del hígado.

Es cierto que existe lo que se ha dado en lla-

mar las "asininergias hepáticas", es decir, la falta de correlación entre una función alterada y las demás, pues aquella no determina o se acompaña forzosamente de alteración de otra u otras funciones, sino que cada una puede alterarse aisladamente. Lo cual ha sido perfectamente comprobado señalándose caso en que en el curso de una enfermedad aguda infecciosa, durante su evolución se alteraban, alternativamente, varias de las funciones hepáticas.

Aunque esto no es absoluto puesto que también se ha comprobado que algunas funciones influyen sobre las demás, como es el caso de la glucogénica que debe estar correcta si ha de efectuarse debidamente la proteica, por lo que se refiere a la conjugación, etc.

Mas, a pesar de estos datos puede reducirse a un número mínimo las funciones más indispensables de investigar para tener la noción del estado funcional hepático, reiterando que ese número está constituido por: a)- la función glucogénica, b)- la función proteica, c)- la función antitóxica, d)- la función sanguínea y e)- la función biliar.-

Conviene hacer algún comentario, a guisa de explicación, de por qué son estas las funciones seleccionadas y por qué se les fija determinado orden gerárquico.-

Desde luego habrá de recordarse que el Profesor Roger y otros autores reconocen la intervención del glucógeno en el funcionamiento del hígado en cuanto a otras de sus funciones. Así por ejemplo: sin glucógeno es imposible que se verifique la glucorono-conjugación; sin glucógeno no se realiza la función proteica ya que sin él es difícil la destrucción de ácidos aminados; sin glucógeno se tornan nocivos para el organismo cultivos microbianos introducidos por la circulación porta que en otras condiciones, es decir, habiendo ese cuerpo, no alterarían la salud y en otras más funciones como la lipopexia y la lipodiéresis y hasta para la formación

de pigmentos que pudieran conceptuarse como biliares. En una palabra, la función glucogénica, dada su intervención en las demás funciones, debe colocarse en primer término si hemos de admitir cierta gerarquía funcional.-

Queda hecho, para señalar su importancia, brevemente comentario respecto de la parte que toma el hígado en el metabolismo de los hidratos de carbono, a lo cual puede agregarse el párrafo comprendido en la tesis inaugural del Dr. C. Zuckerman pág. 124 que dice: "Puede decirse que el grado de insuficiencia hepática está marcado por el grado de disminución de la tolerancia alimenticia hidrocarbónica".

Se coloca en segundo término, para su estudio, la intervención de la glándula en el metabolismo de los proteicos.

Esta función comprende tres partes: la fijación, la transformación y la conjugación de las sustancias albuminoideas aportadas a la economía.

Por el hígado pasan sustancias azoadas de proveniencia exógena y endógena. Con las primeras visa preferentemente la fijación y transformación y con ambas tiene intervención la conjugación.

Aclaremos los conceptos.

El tubo digestivo al recibir las sustancias alimenticias (protenias en este caso) por virtud de sus funciones, vierte sobre tales alimentos el producto de sus glándulas, jugos digestivos que van a obrar sobre los cuerpos alimenticios. Y los modifican, les hace sufrir cambios en su constitución molecular, simplificándolos en cuerpos de un peso menor que es únicamente como entran en el torrente de la circulación porta que los conduce al parenquima hepático.

Mas, todavía allí no se hallan todos en el estado último necesario para que sean asimilados al organismo y el hígado retiene los incompletamente transformados y algunos otros almacena, al mismo -

tiempo que por otros fermentos especiales continúa obrando sobre esas proteínas retenidas o almacenadas, llevándolas a un estado molecular más simple y las transforma por fin, en las sustancias adecuadas al organismo y hasta entonces se van vertiendo por la vena suprahepática en la circulación general que las lleva a todos los tejidos que las van tomando conforme sus necesidades.

Cabe aquí advertir que esos proteicos alimenticios si no sufrieran las modificaciones que les impone el órgano cuyas funciones se estudian en este trabajo, serían altamente tóxicos para la economía como se ha demostrado por las experiencias en animales, citadas por la Fisiología.-

De aquí que sea tan importante la función proteica en su parte relativa a la fijación y la transformación.

Mas, se habló también de sustancias de proveniencia endógena, es decir, sustancias que de la economía llegan al hígado y cuyo origen se encuentra en todos los tejidos por ser ellas el resultado del trabajo de los mismos, o hablando más claro, los residuos de la nutrición celular. Productos de desintegración, también tóxicos que, de no pasar por la glándula hepática que, como a semejanza de lo dicho respecto a los proteicos de procedencia intestinal, las hiciera sufrir transformaciones que los tornara menos o nada nocivos para el organismo, serían una amenaza para él.

Y este proceso lo verifica el órgano mediante combinaciones de la sustancia tóxica con otras, obteniéndose cuerpos nuevos desprovistos de nocividad o de escaso poder vulnerante.

Por lo demás, todo lo que se acaba de expresar de las sustancias de origen digestivo o endógeno, puede repetirse o superponerse en cuanto a toxinas microbianas, productos de fermentación o putrefacción intestinales que siendo tóxicas, esas propiedades son destruidas en el hígado en idéntica forma

como se ha dicho, reteniéndolas, trasformándolas y combinándolas con otros cuerpos de lo que resulta una sustancia nueva menos tóxica o inocua.

Toca ahora comentar lo relativo a la función antitóxica.

Es difícil establecer límites entre tal función propiamente dicha y la anteriormente estudiada, sobre todo en relación con la parte referente a la conjugación. Más tal proceso de defensa existe también considerado independientemente de la conjugación, pues el hígado no sólo precave al organismo mediante las combinaciones que hacen surgir cuerpos de menor toxicidad; sino que llega a retener, a fijar "in natura" los tóxicos ingeridos y los va eliminando lentamente sin haberlos transformado, (alcaloides) o simplemente disminuye su toxicidad o los destruye por mecanismos no conocidos en el momento actual.

En cuanto a la función sanguínea o sea la parte que el hígado toma en la coagulación de la sangre, ya que habrá que manipularse con este líquido biológico para hacer el estudio de las funciones anteriormente señaladas, investigaremos de paso lo referente a la fibrinopoyesis y la trombopexia.

Y no se dice esto porque se vea tal función con indiferencia o se juzgue menos interesante para obtener luces sobre el funcionalismo hepático, pues su importancia para el objeto que se persigue en este trabajo es notoria si pensamos con el Profesor Roger quien expresa categóricamente: "que las perturbaciones funcionales del hígado aun pasajeras, bastan para abajar momentáneamente la taza de fibrinógeno". Hecho que se traduce en la clínica y en la experimentación, en aquella por las manifestaciones hemorragíparas en los padecimientos hepáticos y ésta, por el alargamiento del "tiempo de sangrado" y "tiempo de coagulación" en presencia del déficit funcional de la glándula.

En cuanto a la función biliar que también se -

halla comprendida en el número de las escogidas para comprobar, de acuerdo con la índole de este estudio, habremos de manifestar que esta secreción externa reviste también marcado interés si habremos de ser lo más completos posible en las investigaciones. Es indudable que atendiendo al estudio completo de esta importante función, haciendo un estudio especial de los pigmentos y de las sales, seríamos más completos y rigurosos. Mas, presentándose algunas serias dificultades que, casi pudiéramos decir hacen imposible la investigación de la función biliar de una manera completa, señalando por ejemplo el entubamiento duodenal que se hace a veces imposible en los enfermos de la naturaleza de los estudiados en este trabajo, nos vemos obligados a que esta función en su parte relativa, se estime por medio de pruebas cuyo control se tenga asegurado, así como los medios de investigación, según se expresa mas adelante.

Atentas las consideraciones anteriores y teniendo en cuenta, así mismo el criterio de que "la urobilina es el pigmento del hígado enfermo" (HAYEM Y ROGER) y orientado por el criterio de fisiólogos y laboratoristas, que gentilmente me ilustraron sobre el particular, habrá de hacerse únicamente la investigación de la urobilina en la orina.

Y para terminar explicaré que en cuanto a sales biliares, aun cuando se tiene interés de hacer un estudio completo de ellas, la circunstancia de carecer de un "estalactómetro" a fin de hacer la investigación en forma más científica y moderna, habremos de contentarnos con la clásica reacción de Hay que si no dá resultados demasiado exactos, y si muy discutidos, dá al menos una idea más o menos cierta de lo que a las sales se refiere.

Hasta aquí más o menos resumido, se han hecho algunas explicaciones al margen de la forma como habrá de estimarse en la presente tesis el funcionalismo hepático, dejando señaladas y comentadas

las funciones por investigar.

Resta ahora escoger entre los diversos procedimientos que para investigar cada función se han ideado y señalarlos con sus procedimientos y métodos los más modernos y los más exactos, intentando así completar hasta donde sea posible, el humilde esfuerzo personal por obtener un trabajo más digno de someter al docto criterio de mi respetable Jurado.-

Ordenando la disposición de este estudio, me referiré en primer término a la función glucogénica, para la investigación de la cual se prefirió la prueba de la taza de la glicemia por el procedimiento de Folin-Wu, de técnica delicada pero exacta. Procedimiento este el más aceptado y que proporciona resultados precisos.

El método es claro y se expresa en seguida:

Procedimiento.- Los sujetos por estudiar, deben hallarse en ayunas (como a 12 horas distante del último alimento, el momento de la prueba), debe tenerse la precaución de evitar el frío que puede ocasionar trastornos en la prueba, así mismo se procurará que se hallen en completo reposo cuando menos desde una hora antes del instante en que se verifique el estudio de la glicemia, a ser posible, se intentará hacerla por las mañanas antes de que la persona sujeta a la investigación abandone su lecho y siendo aún más rigoristas, dándose preferencia a aquellos días que siguen a una noche de sueño calmado y perfecto, etc. Todo esto para evitar circunstancias que la fisiología enseña tienen influencia en la taza de la glicemia. Con estos cuidados previos, se le hace al paciente una punción venosa, en el lugar más accesible en cada caso y previa la asepsia del lugar elegido, y se le extraen como dos centímetros de sangre que se colocan en un tubo de ensaye en el que antes se han depositado cuatro miligramos de oxalato de potasio (dos miligramos por cada centímetro cúbico, aproximadamente) y se agita para que se haga en la sangre la disolución de la sal. En seguida se le ha-

ce ingerir al paciente cincuenta gramos de glucosa químicamente pura disueltos en doscientos o doscientos cincuenta gramos de agua aromatizada con jugo de limón para que sea mejor aceptada la bebida y anotando la hora en que la toma, se dejan trascorrir treinta minutos, al cabo de los cuales se practica una segunda punción venosa extrayéndose otros dos centímetros cúbicos de sangre, que, como la primera muestra, son depositados en otro tubo de ensaye con los cuatro miligramos de oxalato de potasio mencionados y se agita para mezclar. En esta forma cada treinta minutos se extrae igual cantidad de sangre otras dos veces, cuando menos, de manera que en total se obtendrán (si se hacen dos punciones más solamente) cuatro muestras, la primera en ayunas, la segunda pasados treinta minutos de la ingestión de glucosa, la tercera pasados sesenta minutos y, por fin, la cuarta a los noventa, es decir, pasada hora y media de la toma de la solución glucosada. Es prudente también, dentro de esta misma prueba, coleccionar cada dos horas o a iguales intervalos de las tomas de sangre, la orina de los pacientes para tener el control de la glucosuria, si la hay.

Es obvio advertir qué instrumentos se requieren y en qué forma habrán de usarse en esta prueba, más, para mayor claridad y ser completos, se mencionan estos datos en seguida: 1o. Para cada enfermo se requieren cuatro tubos medianos, bien secos, con el nombre del enfermo y el número que corresponda a la muestra de sangre del uno al cuatro, por ejemplo, escritos en un trozo de tela adhesiva o papelengomado, adheridos previamente a los tubos y en el fondo de éstos depositar los cristales de oxalato de potasio en cantidad de dos miligramos por cada centímetro cúbico de sangre, 2o. Una jeringa de dos centímetros cúbicos de las de inyecciones hipodérmicas, provista de una aguja de platino, ambas esterilizadas y bien secas. 3o. Un tubo de caucho para li

gar el brazo del enfermo, una lámpara de alcohol, pinzas, etc.

Manera de ejecutar las tomas de sangre. Ligado el brazo del paciente se punciona la vena y se va llenando la jeringa; completos los dos centímetros cúbicos, se retira la ligadura, se extrae la aguja y se vierte la sangre en el tubo número uno que es para la muestra en ayunas, se agita para mezclar con el oxalato de potasio; acto continuo se le hace tomar la solución de glucosa, se anota la hora y se espera a que trascurren los treinta minutos. Entre tanto se ha tenido el cuidado de lavar y esterilizar la jeringa y aguja, exponiéndolas en seguida a una flama de alcohol, (con todo cuidado) para que sequen bien. Se mencionó que la aguja debería ser de platino, con el objeto siguiente: como no se va a hacer introducción alguna ni de aire, ni de sustancias en los tejidos, ni menos a la vena por medio de la jeringa, cuando se tiene que trabajar presto con varios enfermos, después de la extracción de una muestra, se retira la jeringa se lava y se seca y provista de la aguja de platino, ya solamente ésta se flamea que es la que sí se interna en los tejidos y así se va más de prisa. Esto es sólo una indicación, pues lo correcto y lo debido es trabajar con ambas cosas esterilizadas.-

Pasados los treinta minutos, en la misma forma dicha, se hace nueva toma de sangre que se deposita en el tubo número dos, agitándolo como en el anterior. Se lavan se esterilizan y se secan jeringa y aguja para repetir dos veces más la operación descrita y completar las cuatro muestras de sangre.

En seguida con cada una de estas muestras se verifica la PRUEBA DE FOLIN-WU, que es como sigue:

Material. Cuatro probetas de diez centímetros cúbicos, una pipeta graduada de un centímetro cúbico, cuatro tubos medianos de ensaye, embudos, filtros de papel.-Cinco tubos de Folin-Wu, un recipiente con agua en ebullición (baño de maría) y un colo-

rimetro.

REACTIVOS. 10. Solución de tungstato de sodio -
al 10%.

20. Solución $2/3$ normal de ácido sulfúrico.

30. Solución cupro-alcalina, como sigue: Carbonato de sodio anhidro, 20 gramos; ácido tartárico, - 3.75 gramos; sulfato de cobre, 2.25 gramos; agua destilada, 500 gramos.

40. Solución fosfo-molíbica, como sigue: Acido molíbico, 35 gramos; tungstato de sodio, 5 gramos; - sosa cáustica al 10% 200 c.c.; agua destilada, 125 - c.c.; ácido fosfórico al 85%, 125 c.c.; agua destilada hasta completar 500 c.c. (Preparación según técnica especial)

50. Solución de dextrosa al 0. grms. 2 p.mil.-

Técnica de la prueba. la. parte.- Se toma un volumen de sangre, por ejemplo un centímetro cúbico de la muestra número uno con la pipeta graduada y se vierte en la probeta de diez centímetros cúbicos. Se lava la pipeta con agua destilada a fin de que no hayan las sales que tiene en suspensión el agua ordinaria y que falsearían la reacción, agua que se deposita en la misma probeta de 10 C.C. y se agrega de este líquido hasta siete centímetros cúbicos, para en seguida sumarle un c.c. de la solución de tungstato de sodio al 10%, se agita ligeramente y, para concluir, se le adiciona otro centímetro cúbico de la solución $2/3$ normal de ácido sulfúrico, se vuelve a agitar en seguida apareciendo un precipitado, que dicen debe ser color palo de rosa. Se deja reposar algunos minutos para que acaben de coagular todas las albúminas y luego se pone a filtrar en un tubo de ensaye, valiéndose de un filtro de buen papel. Esta operación se repite con cada una de las muestras. (Un c.c. de sangre; 7 c.c. de agua destilada; un c.c. de solución de tungstato de sodio al 10%; 1 c.c. de solución $2/3$ normal de ácido sulfúrico; reposo y filtración).

2a. parte.- El filtrado obtenido es un líquido perfectamente incoloro y trasparente (no debe estar turbio).- De él se toman 2 c.c. y se depositan en el tubo de Folin-Wu, agregándose otros dos centímetros cúbicos de la solución cupro-alkalina. Previamente en otro tubo de Folin-Wu se ha puesto en lugar del líquido del filtrado, dos centímetros cúbicos de la solución de dextrosa y dos c.c. de la solución cupro-alkalina, este tubo será el testigo y el tipo de comparación para la medida colorimétrica. - Con los otros tres filtrados, se manipula en idéntica forma que con el primero, lo cual una vez hecho, se llevan los cuatro tubos de los filtrados, más el testigo al recipiente con agua en ebullición (baño de maría) y se dejan allí seis minutos, cuidando de que estén bien sumergidos, al cabo de tal tiempo -- se retiran y se colocan en un baño de agua fría; en estas condiciones han tomado un color turbio sucio, de diferente grado cada uno según el tenor en glucosa.

Una vez enfriados, tanto al testigo como a los otros se les agrega 2 c.c. de la solución fosfomolibdica, lo que hace que reaparezca la coloración azul anterior que habían tomado con la solución cupro-alkalina, mas este nuevo color es de diversa concentración, de acuerdo también con el contenido de cada tubo en glucosa.

Despues se agrega agua destilada hasta llevar el nivel a cualquiera de las dos marcas mas altas que tienen los tubos, ya sea hasta el 12,5 o el 25, se agitan para uniformar la coloración y se ocurre al colorímetro poniendo en uno de sus depósitos la muestra del tubo testigo y en el otro simultáneamente cada una de las de los demás tubos, sirviendo -- aquel como "control" para igualar y hacer la medición colorimétrica.

Explicación de la prueba. La adición de los dos miligramos de oxalato de potasio por c.c. de sangre, no tienen mas objeto que impedir la coagula

ción de ése líquido, pero debe tenerse la precaución de no poner un exceso de esa sal porque determinaría alteraciones en la reacción.

Ahora en cuanto a la solución de tungstato de sodio que se reúne al c.c. de sangre en la primera parte de la prueba, tiene por objeto coagular las albuminas e igual papel desempeña la solución $\frac{2}{3}$ normal de ácido sulfúrico, teniendo ésta, además, el fin de neutralizar el tungstato de sodio dejando neutro todo el líquido, de manera que en tal estado es como se manipula posteriormente con los líquidos.

En la segunda parte de la reacción, cuando se reúnen el líquido del filtrado y la solución cuproalcalina, como esto se hace en caliente, la sal de cobre en presencia de la glucosa que pueda existir en solución, hace que se forme oxidulo de cobre que será mas o menos abundante según el tanto por ciento de la glucosa que allí exista. Posteriormente con la adición de la solución fosfo-molíb dica, se hace que recobre el líquido el color azul de un principio, pero este es ahora más o menos intenso, según la cantidad de oxidulo formado es decir, según el tenor en dextrosa.

Y para ser completos en la explicación, no hay que dejar en olvido el tubo de "control" en el que, habiendo una cantidad conocida de glucosa, al verificarse todas las manipulaciones que se practicaron con los líquidos por analizar, al final de la prueba el tubo testigo presentará al colorímetro un grado "tipo" de coloración con el que se comparará el de los demás tubos.

Respecto a la función proteica, para cuyo estudio se han establecido infinidad de pruebas, hemos elegido de entre ellas para emplearla en el presente trabajo, una que es tenida como demasiado sensible ya que descubre lesiones muy ligeras y, al mismo tiempo es demasiado clínica. Se trata de la prueba de la hemoclasia digestiva de Widal, Abrami y -----

lancovezco, la cual se describe a continuación:

Instrumental y sustancias.- Leche de vaca, 200 a 300 centímetros cúbicos para cada enfermo, el líquido siguiente: Solución al 1% de ácido acético y azul de metileno hasta colorear en azul obscuro; una lanceta para escarificaciones cutáneas; láminas de cristal, porta-objetos; un hematímetro, un microscopio, cajas de Petri, un baumanómetro, etc.

Procedimiento.- Estando el enfermo en ayunas, y de preferencia en su mismo lecho, se le toma la tensión arterial, se le hace con la lanceta flameada y previa desinfección del lóbulo de la oreja, una incisión como de dos milímetros de extensión para hacer gotear la sangre. Hecho esto, se colocan tres gotas de ella en diferentes puntos de una lámina porta-objetos que se pone bajo una caja de Petri para evitar la desecación por el aire, y anotada la hora de esta toma, se ve el tiempo que tarda cada gota en coagularse, lo que se aprecia tomando la lámina y poniéndola vertical por un extremo y el otro, notándose que se deforma en tanto no se ha verificado la coagulación; se anota el tiempo que tarda cada gota en coagular y se saca el promedio, anotándose el resultado. Al mismo tiempo se extrae con la pipeta graduada del hematímetro tanta sangre cuanto sea necesaria para efectuar una solución al 20% de ella con el líquido aceto-metilénico; se agita la mezcla para homogeneizar y se pone de ella una o unas gotas en la lámina hueca que trae el hematímetro, dejándose un momento en reposo para que sedimenten los glóbulos blancos y luego se lleva al microscopio para hacer el recuento globular por milímetro cúbico. También se hace un frotis de la sangre anotando que es la toma número UNO y el nombre del enfermo para después, previa coloración por el Leishman determinar la fórmula leucocitaria. Anotando posteriormente todas las cifras obtenidas.

En seguida se le hacen tomar al enfermo 200 a 300 gramos de leche y pasada media hora de la inges

ción, se repiten las operaciones descritas de tiempo de coagulación, tensión arterial, recuento globular, fórmula leucocitaria, etc. Anotando igualmente todos los resultados obtenidos.

Todo esto se repite otras dos veces más, es decir, a la hora y a la hora y media después de la ingestión de la leche, lo que nos da un total de cuatro resultados, el primero de las tomas en ayunas; el segundo de los 30 minutos después de la ingestión de leche; el tercero de los 60 minutos y el cuarto a los 90 minutos de la toma de leche.

Hay que advertir que en cada frótis para la fórmula leucocitaria se debe anotar el número de la toma y el nombre del enfermo, que se pueden escribir sobre la misma capa de sangre valiéndose de un alfiler ó uno de los ángulos de otra lámina.

Explicación de la prueba. Cada una de las partes en que se hace consistir la prueba de la hemoclasia digestiva tiene extensa explicación dentro de la fisiología del hígado. Por su función de retención de albúminas heterógenas, el hígado impide el paso a la circulación de aquellas proteínas insuficientemente modificadas por los jugos digestivos, las que, de no ser retenidas, ocasionarían alteraciones en el medio interior, traducidas clínicamente por leucopenia, inversión de la fórmula leucocitaria, descenso de la tensión arterial, etc. y todos estos fenómenos investigados en la prueba de la hemoclasia, conforme queda indicado, según el número de los datos positivos que resulten y estos según la intensidad de sus manifestaciones, hacen tal prueba efectiva reveladora de lesiones aun muy leves de la glándula hepática dentro de su papel en el metabolismo de los proteicos; siendo, por lo tanto, de gran interés práctico el procedimiento de la hemoclasia digestiva de WIDAL, ABRAMI y IANCOVEZCO.

No han sido tampoco escasos los procedimientos ensayados para efectuar el estudio de la función antitóxica del hígado, la antigua y clásica prueba

de Roch y Schiff al salicilato, la de Gambillard, -- también al salicilato pero previo entubamiento duo-- denal, la de Chauffard y Castaigne, la de Rosenthal y von Falkenhausen, la de P. de Rowntree, Hurwitz y Bloomfield, caída en desuso; la de Rosenthal a la -- fenoltetraclortaleina, etcétera, hasta llegar a la -- prueba del Rosa de Bengala de Epstein, Delprat y -- Kerr tan en boga hoy día legítima aceptación ya que, en verdad, es un procedimiento exacto como lo requiere la investigación de un estado funcional tan delicado e importante como es el poder de retención del hígado. Por lo tanto, es este procedimiento el que se practica para el presente trabajo, observando la técnica señalada en la sustanciosa y brillante tesis del Dr. Bernal Flandez, de la Facultad de México con las modificaciones por él mismo señaladas y cuya prueba se describe a continuación:

"La técnica que hemos seguido en el Laboratorio del Hospital General está basada en la que siguen -- los americanos desde el año pasado con ligeras modificaciones: desde luego, hemos creído conveniente su primir la muestra de los ocho primeros minutos porque hemos observado que la única muestra que nos da datos de verdadero valor es la de los dieciséis, --- cuando ha trascurrido un tiempo suficiente para que gran parte del colorante haya salido de la circulación y, por consiguiente, la comparación entre los -- dos plasmas coloridos de un contraste fácilmente --- apreciable...." Descripción de la técnica. "Empleamos ampollitas que contienen 100 miligramos de rosa de bengala en solución de diez centímetros cúbicos -- de suero fisiológico, perfectamente estériles. Material. Cuatro jeringas de diez centímetros cúbicos, -- esterilizadas y perfectamente secas, provistas de -- ajustes y agujas. Suero fisiológico. Oxalato de potasio. Dos tubos de ensayo. -- Después de colocar en una jeringa la sustancia colorante y en otra suero fisiológico, se elige una vena del pliegue del codo, se -- inyecta la sustancia colorante y cuando van inyectar

dos cinco centímetros cúbicos, se anota el tiempo -- y se acaba de inyectar el colorante; se inyectan --- unos cinco centímetros de suero fisiológico para lavar la aguja e impedir la coagulación. A los dos minutos se hace la primera extracción de sangre, se -- vacía en un tubo perfectamente seco en el que previamente se han puesto unos cristales de oxalato de potasio. Este tubo se lleva a la centrifugadora. - A -- los dieciséis minutos nueva toma de sangre que se recoge en un segundo tubo que, como el primero, se centrifuga por espacio de quince o veinte minutos. - Después se hace lectura colorimétrica, tomando como muestra de ciento por ciento la de los dos minutos. Teniéndose en cuenta que en los individuos normales, - la muestra de los dieciséis minutos contiene aproximadamente el 25% por ciento del colorante, en relación con la de los dos".

Hay que advertir, a fin de evitar cualquier causa de error, que se debe trabajar con las jeringas, - ajustes, agujas, etc. perfectamente secos; no poner ni exceso ni falta de oxalato, procurando que esta sal esté en proporción de dos miligramos por centímetro-cúbico de sangre; evitar que los tubos con las muestras queden expuestos a los rayos de la luz y centrifugar suficientemente, con lo que se tendrá la seguridad de haber practicado una prueba exenta de reproche y de alteraciones en los resultados. No es por -- demás, así mismo, recordar que siendo el rosa de bengala una sustancia alterable fácilmente por la luz, - llevando la prueba al mayor rigorismo se procurará - tener a los sujetos explorados en un cuarto oscuro, o, al menos, cubrirles el cuerpo entero con algún -- lienzo que impida el paso de la luz.

Creemos haber sido bastante explícitos con lo - que se acaba de exponer en cuanto la forma de verificarse la prueba del rosa de bengala, resta, por lo - tanto, solamente exponer los fundamentos del procedimiento.

Explicación de la prueba. - Como en todas las an

teriores, recurrimos a la fisiología para explicar el por qué de esta prueba. Ya con lo expresado en los primeros renglones de este capítulo en lo referente a la función antitóxica casi bastaría para hacer comprender lo que ahora tratamos, sin embargo añadiremos unas palabras más: el hígado retiene cuanto sustancia extraña a la economía entra a la circulación, de tal manera que, alguna que se hiciera penetrar al torrente sanguíneo, directamente, a medida que fuera renovándose la sangre en la glándula generadora de glucógeno, es decir a medida que esa sangre cargada de la sustancia extraña fuera pasando por el hígado, estando normal este órgano, la iría reteniendo poco a poco retirándola de la circulación lo que daría por resultado que después de cierto tiempo de inyectada la sustancia aludida, disminuiría notablemente o desaparecería de la sangre. Mas para darse cuenta de la cantidad que iba siendo retenida, era evidente que se requeriría un cuerpo que coloreando el suero sanguíneo, permitiera hacer comparación colorimétrica entre diversas muestras de suero tomadas antes de la inyección y después de ser inyectado el colorante, dosificando el tenor en cada muestra y así saber si la glándula retenía o no la sustancia extraña circulante. Tales condiciones se encuentran en el rosa de bengala y tal es la explicación del por qué de su uso. Ahora en cuanto a la técnica misma con lo dicho antes, se entiende que la muestra de los dos minutos contendrá más colorante que la de los dieciseis ya que se estima que en aquella está la solución al ciento por ciento. La adición de los dos mil gramos de oxalato de potasio tiene por objeto, como en otra prueba lo dijimos, evitar la coagulación sanguínea y, finalmente, la centrifugación se efectúa para separar los elementos figurados de la sangre y dejar sólo la parte líquida clara y trasparente y poder efectuar la lectura colorimétrica.-

Vamos ahora a referirnos a la función trombopé- xica o fibrinopoyética, generalmente conocida con el nombre de función sanguínea, la cual ha sido ya in- vestigada en parte dentro de la prueba de la hemocla- sia digestiva según se ve a continuación.

Para estudiarla se ha acudido a cuatro procedi- mientos de uso más o menos extendido y son: el clási- co tiempo de sangrado, el tiempo de coagulación, el- signo de la lazada y la redisolución del coágulo.

En el presente trabajo se aplican las dos prime- ras solamente y cuya descripción se hace en seguida:

Prueba del tiempo de sangrado. (DUCK) Instrumen- tal. Solo se requiere una lanceta, papel secante, -- alcohol y algodón.

Procedimiento. Se aseptiza con un poco de ---- alcohol el lóbulo de la oreja del paciente, procuran- do no ser brusco ni frotar demasiado para impedir, - hasta donde sea posible, la reacción vascular y --- sanguínea consiguiente. Hecho así, con la lanceta -- flameada se incide la piel en una extensión de dos- milímetros e inmediatamente que escurre la primera - sangre, se toma el tiempo y cada treinta segundos se esta limpiando con el papel secante la gota que se - forme hasta que espontáneamente se cohiba el escurri- miento sanguíneo, lo que normalmente ocurre a los -- tres o cuatro minutos, de tal manera que cuando este período se prolongue a cinco o seis minutos, ya pue- de conceptuarse seguramente como patológico y, por - lo mismo, como positiva la prueba.-

Tiempo de coagulación. Esta prueba consiste --- (hecha conforme el método de las láminas) en colocar en una lámina porta-objetos, bien seca y limpia, --- preferentemente nueva, tres gotas de sangre retirada de la incisión de dos milímetros practicada en el -- lóbulo de la oreja, como se indicó en la prueba ante- rior y colocada la lámina debajo de una caja de Pe- tri que evite la acción desecante del aire, se cuen- ta el tiempo que tarda en coagular cada gota a par- tir del momento que son retiradas del lóbulo. Proce-

Vamos ahora a referirnos a la función trombopé- xica o fibrinopoyética, generalmente conocida con el nombre de función sanguínea, la cual ha sido ya in- vestigada en parte dentro de la prueba de la hemocla- sia digestiva según se ve a continuación.

Para estudiarla se ha acudido a cuatro procedi- mientos de uso más o menos extendido y son: el clási- co tiempo de sangrado, el tiempo de coagulación, el- signo de la lazada y la redisolución del coágulo.

En el presente trabajo se aplican las dos prime- ras solamente y cuya descripción se hace en seguida:

Prueba del tiempo de sangrado. (DUCK) Instrumen- tal. Solo se requiere una lanceta, papel secante, -- alcohol y algodón.

Procedimiento. Se aseptiza con un poco de ---- alcohol el lóbulo de la oreja del paciente, procuran- do no ser brusco ni frotar demasiado para impedir, - hasta donde sea posible, la reacción vascular y --- sanguínea consiguiente. Hecho así, con la lanceta -- flameada se incinde la piel en una extensión de dos- milímetros e inmediatamente que escurre la primera - sangre, se toma el tiempo y cada treinta segundos se esta limpiando con el papel secante la gota que se - forme hasta que espontáneamente se cohiba el escurri- miento sanguíneo, lo que normalmente ocurre a los -- tres o cuatro minutos, de tal manera que cuando este período se prolongue a cinco o seis minutos, ya pue- de conceptuarse seguramente como patológico y, por - lo mismo, como positiva la prueba.-

Tiempo de coagulación. Esta prueba consiste --- (hecha conforme el método de las láminas) en colocar en una lámina porta-objetos, bien seca y limpia, --- preferentemente nueva, tres gotas de sangre retirada de la incisión de dos milímetros practicada en el -- lóbulo de la oreja, como se indicó en la prueba ante- rior y colocada la lámina debajo de una caja de Pe-- tri que evite la acción desecante del aire, se cuen- ta el tiempo que tarde en coagular cada gota a par-- tir del momento que son retiradas del lóbulo. Proce-

diéndose y calculádo conforme se expresó en el párrafo relativo a la prueba de la hemoclasia digestiva.

En estado normal el tiempo de coagulación fluctua de los 4 a los 10 minutos, conceptuándose como patológico todo tiempo que sobrepase el número mayor de los anotados,-

Estas dos pruebas citadas, se consideran como suficientes para dar idea más o menos exacta del estado de la función sanguínea pues ambas bien pueden revelar si existe o no el síndrome hemocrásico de Prosper, Emil y Weil.

Explicación de las pruebas. Tal explicación reside en la fisiología del hígado. Tanto un procedimiento como el otro, tienden a investigar el estado de la coagulación sanguínea (salvo la discusión existente, respecto a hacer consistir las modificaciones del tiempo de sangrado, a fenómenos de origen vascular) así que, dando cuenta del mecanismo de la coagulación, se entenderá la base de dichos procedimientos.

Se dice en Fisiología que en el hígado se producen dos sustancias: el fibrinógeno y la antitrombina, aquél que desempeña el principal papel en la coagulación de la sangre y ésta que se opone a tal fenómeno. Las cosas pasan así: el fibrinógeno lanzado a la circulación no tiene ningún efecto por sí sólo, en el fenómeno de la coagulación, sino que requiere la presencia de otro cuerpo producido por los leucocitos y las plaquetas llamado trombina la que, frente al fibrinofermto hace que éste se transforme en fibrina que es la que determina la formación del coágulo; pero en presencia de sales de calcio y de la intervención de un citosima proveniente de los tejidos.-

Estos cuerpos, armónicamente sinérgicos determinan la coagulación y constantemente se están produciendo en el organismo, siendo aquí donde interviene la antitrombina que oponiéndose a los efectos de aquellos, entre ambos fenómenos opuestos, se establece

ce el equilibrio en que se halla el organismo normal

Proviene pues del parenquima hepático, dos -- cuerpos de papel preponderante en la coagulabilidad sanguínea, el fibrinógeno y la antitrombina de efectos diametralmente opuestos, pero ambos necesarios para conservar el equilibrio de la economía en buenas condiciones de salud.-

Ahora, fácil es comprender cómo alterado el -- funcionalismo hepático, y por esto privada la economía de esas dos sustancias o producidas en insuficiente cantidad o alteradas en su constitución, la coagulación hemática se verá mas o menos alterada.

Todo lo cual explica el uso de las dos pruebas arriba anotadas, que reveladoras del estado de la coagulabilidad sanguínea, ésta a su vez señala las condiciones que guarda la fisiología hepática.

Concluimos haciendo referencia a la función -- biliar, la cual, como se expresó al principio del presente capítulo, se estimará únicamente por el estudio de la urobilina y las sales biliares en la -- orina.

Para la primera se efectuará el procedimiento de Schlessinger, ya clásico, demasiado sencillo, al mismo tiempo que exacto, por lo tanto preferible a los otros conocidos, tales como el que se efectúa con licor de Gram, cloroformo y solución de acetato de zinc y alcohol, el de Matei, el de Erlich, etc.

El elegido por nosotros, se practica como sigue:

Material. Una probeta de 25 c.c. un tubo de -- ensaye, grande; embudo de cristal, papel filtro. -- etc.

Sustancias. Acetato de zinc, alcohol y reactivo de Lugol (iodo metaloidico 0.20 gr. Ioduro de -- potasio 0.40 gr. agua 1000 gramos).

Procedimiento. Se ponen en la probeta diez centímetros cúbicos de orina, sin filtrar, ni defecar, se agregan dos gramos de acetato de zin y diez centímetros cúbicos de alcohol a 95°, se agita, y de--

jando reposar un momento se agregan dos a tres gotas de Lugol, nuevo tiempo de reposo y se pone en seguida a filtrar en el tubo de ensaye con un buen papel-filtro, después ese tubo se coloca sobre un fondo negro para ver el filtrado frente a la luz, apareciendo en estas condiciones, si existe urobilina una fluorescencia, característica de este pigmento.

Hay que advertir, como lo expresa FIESSINGER -- que normalmente existen huella de urobilina, de tal manera que, observando el líquido del filtrado con un haz de luz solar, siempre se estima la fluorescencia urobilínica y que el único medio para discernir sobre lo normal patológico de su presencia, es que la prueba resulte positiva a la simple luz del día, en cuyo caso puede conceptuarse como patológica la cantidad de dicho pigmento.-

Explicación de la prueba. Aprovechando la propiedad que tienen las sales de zinc de determinar -- fluorescencia frente a la urobilina, se le agregan a la orina los dos gramos de acetato de zinc.

Mas como de existir ese pigmento no sólo se halla en su estado natural, sino que puede también encontrarse en forma de cromógeno, en esa virtud y para hacer la prueba con la totalidad de urobilina que pueda contener la orina, se procede a llevar el cromógeno al estado de urobilina, con cuyo objeto se -- agrega una sustancia oxidante de acción débil ya que, de ser intensa, por lo débil de la constitución del cromógeno, haría que éste se trasformara en otros -- cuerpos diferentes a la urobilina, eligiéndose en -- tal virtud el Lugol que tiene una acción oxidante no fuerte. En cuanto a la adición de alcohol, se hace con objeto de precipitar las sustancias albuminoideas coagulándolas, permitiendo así la limpidez del líquido que pasa por el filtro.

La reacción de Hay tan conocida y tan simple, se verifica como sigue:

Material. Una copa de precipitados como de 20 c.c. de capacidad, un embudo y papel filtro, etc.

Sustancias. Flor de azufre.

Procedimiento. Se filtra una corta cantidad de orina (como 10 c.c.) en la copa de precipitados y -- colocada en un lugar bastante iluminado, se deposita sobre la superficie del líquido una capa delgada de flor de azufre, teniendo especial cuidado de que no contenga granos demasiado crecidos, sino que sea en polvo fino y que se deposite sólo en el centro de la copa, es decir, que no toque las paredes del recipiente.-

Hecho esto, desde el primer momento se observa si dejan la superficie del líquido y van al fondo -- granos finos de azufre en cantidad más o menos apreciable, lo que constituiría una prueba positiva de la presencia de sales biliares en la orina.

Tal precipitación para unos autores basta y debe verificarse dentro de los 3 a 5 primeros minutos; aunque para una gran mayoría debe ser dentro de los quince minutos que siguen al depósito del azufre en el líquido.

Así mismo puede imprimirse a la copa ligeras -- sacudidas, lo cual hace aparecer más rápido el precipitado si la prueba ha de resultar positiva y sin -- que tal maniobra la altera.

Explicación de la prueba. De tanta sencillez -- como la reacción misma, la explicación del procedimiento de Hay, se funda en que las sales biliares, -- disminuyen la tensión superficial de la orina que -- las contiene.-

C A S O S . D E O B S E R V A C I O N

OBSERVACION Nc. 1.-

Ma. Guadalupe Vázquez, de 23 años de edad, soltera, doméstica, originaria de El Oro, Edo. de México, y vecina de Cuitlahuac, Grro. Ingresó al Manicomio General el 16 de Dic. de 1926 y se encuentra en el Pabellón de Enfermas Mentales Diversas, no pensionistas, Sec. 2a.-

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.- Padres alcohólicos. Tuvo dos hermanas internadas en un frenocomio.-

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS.- De pequeña fué sana, pero posteriormente muy nerviosa.- No ha usado de bebidas embriagantes, ni acostumbra fumar.-

EVOLUCION DEL PADECIMIENTO.- Es esta la única vez que la han internado en un frenocomio, para el tratamiento de la enfermedad mental que padece y que atribuyen a la herencia.- Tal padecimiento dejó ver los primeros síntomas dos años antes de la fecha de su internado al Manicomio de la Castañeda y consistieron, según hizo constar el Médico de Guardia, en que "dejó de comer y dormir y empezó a reirse de todo, poniéndose furiosa le pegaba a su familia".- Posteriormente y ya próxima la fecha de su ingreso a La Castañeda, "Se pasaba las horas enteras mascuyendo palabras ininteligibles y el resto del tiempo se quedaba muda.- Algunas veces corría y tenía tendencias a la fuga".- Y en el momento de su ingreso, el médico de Guardia hizo las siguientes anotaciones de su estado psíquico: "indiferente, mutismo voluntario, pérdida de la afectividad, desorientación en tiempo y lugar".-

En el estudio especial a que fué sujeta en el Pabellón de "Observación", se le encontró la siguiente sintomatología: ".....se encuentra en un estado de absoluta indiferencia al medio que la rodea; no presta atención a nada ni a nadie; ofrece gran resistencia a todo estímulo venido del exterior (hetero -

negativismo) y probablemente a estímulos venidos del interior (auto-negativismo); no come por sí sola, si no que es necesario darle la comida por la fuerza; - es necesario también vestirla y hasta a obligarla -- a que cumpla con sus necesidades fisiológicas.- A ratos se le observan risas inmotivadas.- Se presenta -- en la misma actitud durante mucho tiempo, con la mirada fija y sin variar la expresión de indiferencia de su cara; conserva siempre la actitud en que se le deja, ya levantándole un brazo o los dos y colocándolos en cualquier posición o bien poniéndola en un solo pie conservando siempre el equilibrio a pesar de las inclinaciones más pronunciadas que se le haga -- adoptar; hay en ella cierta espasticidad generalizada inclusive los músculos de la expresión facial".-

De "Observación " pasó a un pabellón de adultos a la Secc. 2a. de Enf. Ment. Div. no Pensionistas, - pero allí llamaba la atención del Médico del Servicio, por la pequeña talla de la paciente y otros caracteres pueriles que la hacían representar una edad no excedida de 11 a 12 años, con el hecho sobresaliente de no menstruar aún, a pesar de haber señalado sus familiares una edad de 20 años, hizo que se pidiera su cambio al Pab. de Psiquiatría Infantil -- donde continuó sin alteraciones la sintomatología -- anotada desde "Observación" y la persistencia de la falta de reglas.-

Permaneció en Psiquiatría Infantil hasta octubre de 1929, es decir, casi tres años, donde se le hizo un estudio sobre los caracteres de la edad real que comprobó, que no obstante el infantilismo, su verdadera edad era de 23 años, por lo que se trasladó al Pab. de Enf. Ment. Div. 2a. Sec. donde continúa hasta la fecha.-

Debe tenerse en cuenta que en vista de los síntomas revelados por la enferma, su pequeña talla, -- acortamiento en especial de las extremidades, la amenorrea, etc., se le impuso un tratamiento opoterápico tiroideo sin que alcanzase gran beneficio, así como un tratamiento tónico general, lográndose un au -

mento en la talla y en el peso.-

Por lo demás su estado mental sin alteraciones notables, ha permanecido con los caracteres del cuadro de la Demencia Precoz Catatónica y en el momento presente, es como sigue su

ESTADO ACTUAL.- Persisten las actitudes catatónicas, está en pie, inmóvil muchas horas y con una o ambas manos sobre los labios como cubriéndose la boca; no hay flexibilidad cérea, pues no conserva más las actitudes que se le hace adoptar.- La espasticidad muscular se conserva.- Opone resistencia a los movimientos pasivos que se le hace ejecutar.- Mutismo casi perpetuo, no existen ya los monólogos con -- que se inició y continuó por algún tiempo su enfermedad.- En el momento de estarla examinando, se presenta tranquila con una mano como tapándose la boca y -- con una facies sonriente pero con visos de indiferencia para el medio ambiente.- Repentinamente ríe sin motivos.- Se le interroga y no contesta o si lo hace es con monosílabos y con mucho retardo.- Recuerda -- que ya desayuno y que se llama "Guadalupe Vázquez".- A veces a preguntas que se le dirigen se muestra indiferente y desatenta, no le llaman la atención tampoco los múltiples ruidos que se hacen en los patios del Servicio.- Predomina el mutismo.- Ya toma sus -- alimentos por su propia mano; pero verifica sus otras funciones fisiológicas en cualquier lugar que se encuentre y sin cuidar sus ropas.-

EXPLORACION FISICO-FUNCIONAL.- Tiene el cráneo proporcionalmente grande en relación con su talla, - dolicocefalo, cuello corto y hombros estrechos, talla muy baja, con notable acortamiento de las cuatro extremidades, los muslos y la cadera, sobre todo, -- por la brevedad de sus dimensiones, dan la impresión de un fuerte desarrollo de las regiones glúteas.- Así mismo el abdomen es globuloso y los senos grandes y colgantes.- En lo general el panículo adiposo es rico tendiendo por esto a conservarse las curvas propias de los niños.- Hay edema y cianosis en ambas extremidades inferiores iniciándose esta última desde-

la región glútea hasta los ardetos, con baja temperatura en la misma extensión.- En cuanto al cráneo, - cuello y tórax, es todo normal, si es que no se toma en consideración lo corto del cuello y lo recargado de panículo adiposo.- En el abdomen encontramos por la percusión las vísceras normales, no empleando la palpación, porque como en los demás casos nos lo impidió la espasticidad muscular de las paredes.

De las extremidades lo único que habremos de señalar es la presencia de cianosis y edema, ambos más marcados en los miembros inferiores.-

La Motilidad sufre las mismas alteraciones descritas en las demás historias clínicas, pues como en los otros enfermos, en esta, se presenta la espasticidad muscular generalizada.- Para la sensibilidad al dolor existe la misma indiferencia que manifiestan los otros pacientes, pues la enferma que exploramos queda inalterable ante los excitantes de esta índole.- A la temperatura y al tacto no se pudo explorar por las condiciones mentales de la enferma.-

EXAMENES DE LABORATORIO

PRUEBAS DE INSUFICIENCIA HEPATICA

FUNCION GLUCOGENICA

Prueba de la glicemia (Folin-Wu) Labbe.-

En ayunas - - - - -	-0.grms.	603	p.mil.
30' después de ingerir 50 grms.de glucosa en 250 grms. de agua-	-1.	"	480 " "
a los 60'	"	"	420 " "
a los 90'	"	"	170 " "

FUNCION PROTEICA.

Prueba de la hemoclasia digestiva.
(Widal, Abrami y Iancovezco)

Tiempo de coagulación (Proced. de Millian).--

En ayunas - - - - -	9'
30' después de ingerir 250 grms. de leche	5'
60' " " " " " " "	6'
90' " " " " " " "	4'

Recuento de leucocitos por milímetro cúbico.-

En ayunas - - - - -	-15,000
30' después de ingerir 250 grms. de leche	-14,100
60' " " " " " " "	-12,200
90' " " " " " " "	-18,400

Fórmula leucocitaria.-

En ayunas:-

Neutrófilos	81 %	Linfocitos	11 %
Basófilos	0 %	Monocitos	0 %
Eosinófilos	3 %	Metamielocitos	5 %

30' después de ingerir 250 grms. de leche:-

Neutrófilos	72 %	Linfocitos	20%
Basófilos	1 %	Monocitos	2%
Eosinófilos	0 %	Metamielocitos	5%

60' después de ingerir 250 grms. de leche:-

Neutrófilos	80 %	Linfocitos	13 %
Basófilos	0 %	Monocitos	4 %
Eosinófilos	1 %	Metamielocitos	2 %

90' después de ingerir 250 grms. de leche:-

Neutrófilos	80 %	Linfocitos	17 %
Basófilos	0 %	Monocitos	1 %
Eosinófilos	1 %	Metamielocitos	1 %

FUNCION ANTITOXICA.

Prueba del rosa de bengala (Epstein).-

a los 16' después de la inyección 40 % del rosa de bengala en el plasma.-

FUNCION TROMBOPEXICA O FIBRINOPOYETICA

Tiempo de coagulación 9'.-(Proc. de Millian.-)
Tiempo de sangrado 5'.-(Prueba de Duke).-

FUNCION BILIARIA

Urobilinuria normal.-

Sales biliares en la orina-positiva (Reac. Hay)

OBSERVACION No. 2.-

A. C. de 18 años de edad, soltera, estudiante, - originaria y vecina de la ciudad de México, D. F., - habiendo ingresado al Manicomio General el año de -- 1929, hallándose actualmente en el Pabellón de Enfermas Mentales Diversas Sec. 1a.-

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.- No hay datos sobre sus progenitores.- En cuanto a hermanos tuvo ocho, - de los cuales uno falleció muy pequeño de meningitis y una hermana estuvo enferma en un frenocomio, según dicen, con demencia precoz.-

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS.- Unos y otros sin importancia.- Regló a los 16 años y dura su menstruación seis días con dismenorrea.-

EVOLUCION DEL PADECIMIENTO.- No hay causa aparente del principio de su enfermedad, la cual se inició en la siguiente forma: "estado depresivo, marcada melancolía, fuga, insomnio y excitación psicomotriz intensa, presentándose posteriormente risas y llantos inmotivados.-

EN LA ACTUALIDAD la enferma se presenta con facies indiferente, en actitudes estereotipadas, así como manierismos (camina sobre la punta de los pies). No contesta o tarda en contestar a lo que se le pregunta, siendo reticente en sus respuestas.- Existen asociaciones falseadas en la ideas, síndrome de Ganser.- Permanece inmutable ante los diversos asuntos que se le conversa, para todo está indiferente, hay negativismo y sugestibilidad.- Al lado de las actitudes estereotipadas hay que manifestar que existe la flexibilidad cerea, no cambia la posición en que se le deja aun cuando ésta sea forzada.-

EXPLORACION FISICO-FUNCIONAL.- Inspección general.- Ya se dejó dicho en qué condiciones se presenta la paciente, teniendo que agregar únicamente que llama la atención lo lento y torpe de los movimientos que verifica, la hipersecreción seboreica que -

presenta en el rostro, cuello y paredes torácicas.- Con la cabeza rígida un poco echada hacia adelante y los brazos caídos a lo largo del cuerpo.- Cráneo. La conformación es normal, así como las pupilas y los reflejos fotomotores.- Cuello, nada digno de mención.- Tórax.- Pared posterior. Existe dermatografismo.- Ligera oscuridad en el vértice derecho.- Pared anterior. Todo normal.- Dermatografismo.- Abdomen. A la inspección nada anormal.- Reflejo cutáneo, normal.- Espasticidad de los músculos de la pared anterior, lo que impide la palpación, quedando únicamente el recurso de la percusión que revela que el hígado desborda ligeramente el reborde costal, por lo tanto el área hepática un poco crecida.- Esta misma maniobra permitió descubrir una esplenomegalia, pues el bazo avanza hasta adelante de la línea axilar media.- Pléyade ganglionar en ambas regiones inguinales.- Miembros superiores.- Existe hipertrofia de los ganglios epitrocleanos de ambos lados.- Los reflejos del tríceps braquial y del gran palmar normales.- Miembros inferiores todo normal.- Sensibilidad general. No se pudo estudiar debido al estado mental de la enferma.- Motilidad. Estado espástico de todos los músculos.- Movimientos activos torpes y lentos, los pasivos son practicables pero haciendo esfuerzo para vencer la espasticidad y el negativismo de la paciente.- Fenómenos generales. Nada digno de anotarse.-

EXAMENES DE LABORATORIO.

PRUEBAS DEL ESTADO FUNCIONAL DEL HIGADO.

FUNCION GLUCOGENICA

Prueba de la glicemia (Folin-Wu) Labbe.-			
En ayunas - - - - -	0.grms.	504	p.mil.
30' después de ingerir 50 grms.de			
glucosa en 250 grms. de agua --	0. "	910	" "
60' " " " " " -	0. "	660	" "
90' " " " " " -	0. "	710	" "

FUNCION PROTEICA

Prueba de la hemoclasia digestiva.
(Widal, Abrami y Iancovezco).-

Coagulación de la sangre: (Proc. de Millian).-

En ayunas	- - - - -	-12'-30''
30' después de ingerir 250 grms. de leche		-10'-00''
60' " " " " " " " "		-11'-00''

Recuento de leucocitos por milímetro cúbico.-

En ayunas	- - - - -	-15,200
30' después de ingerir 250 grms. de leche.		18,100
60' " " " " " " " "		21,800
90' " " " " " " " "		

Fórmula leucocitaria:-

En ayunas:

Neutrófilos	84 %	Linfocitos	7 %
Basófilos	0 %	Monocitos	3 %
Eosinófilos	1 %	Metamielocitos	5 %

30' después de ingerir 250 grms. de leche:

Neutrófilos	76 %	Linfocitos	22 %
Basófilos	0 %	Monocitos	1 %
Eosinófilos	0 %	Metamielocitos	1 %

60' después de ingerir 250 grms. de leche:

Neutrófilos	70 %	Linfocitos	21 %
Basófilos	0 %	Monocitos	4 %
Eosinófilos	3 %	Metamielocitos	2 %

FUNCION ANTITOXICA

Prueba del rosa de bengala (Epstein).-

a los 16' después de la inyección, 28 % del rosa de bengala en el plasma.-

FUNCION SANGUINEA.

Tiempo de sangrado 4'.- (Proced. de Duke).-

Tiempo de coagulación 12' 30'. (Proc, de Millian).-

FUNCION BILIARIA

Urobilinuria, positiva.-

Sales biliares en la orina, positiva (Reac. Hay).

OBSERVACION No. 3.-

Daniel Hinojosa Balcazar, asilado en el pabellón de Enfermos mentales Diversos, Sec. 2a., del Manicomio General, de 20 años de edad, soltero, poluquero, originario y vecino de la ciudad de México, ingresó al Manicomio el día -9 de junio de 1929.-

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.- Su padre fué alcohólico. (Único dato de importancia). No ha tenido hijos.-

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS.- Ha sido sano.- No existen antecedentes ni de lúes ni fímicos.- No ha sido ebrio, ni fumador.-

EVOLUCION DEL PADECIMIENTO.- Es la segunda vez que ingresa a este frenocomio, habiendo tenido lugar el primer ingreso en agosto de 1927 con el diagnóstico de Esquizofrenia Simple en Período de Principio.- En este segundo ingreso, el Médico de Guardia que lo recibió hizo las siguientes anotaciones en el cuestionario respectivo: "Comenzó por comer en exceso todo género de alimentos frutas, etc., -- después acusaba intenso dolor de cerebro..." Y al ser presentado para su internamiento, se anotó lo siguiente: "Tiene frecuentes excitaciones e impulsiones psico-motrices, agresividad.- Permanece quieto con la mirada fija en un solo lugar y en actitud de soplar con la boca".- Psíquicamente presentaba: "actitud de indiferencia, pérdida de la atención, -- pérdida global de sus facultades psíquicas, desorientación total, negativismo".- Después de su estancia en el pabellón de Observación donde fué sujeto a un estudio minucioso y correcto, le fueron encontrados los siguientes síntomas: "Actitudes cata-tónicas, estereotipias de gesto.- Permanece con la mirada baja, la cara desviada a la derecha emitiendo un zumbido constante que sólo interrumpe para escupir.- Aproxia, es muy difícil obtener su atención; cuando se logra, mira un instante, se ríe, y conteste con incoherencias, fragmentos de frases --

que parecen mostrar ambivalencias.- Negativismo, risas inmotivadas.- Repentinamente comienza a cantar y vuelve a su zumbido y su mutismo.- Jamás habla con nadie.- Permanece horas enteras en una misma actitud forzada, se ríe solo.- Irritable, impulsivo.- Distimias acentuadas.- Diagnóstico: ESQUIZOFRENIA CATATONICA".-

En el pabellón en que se halla actualmente, don de lleva catorce meses, se le ha continuado notando la misma sintomatología, aunque ya desapareció el zumbido que fué reemplazado por una articulación gutural que sustituye las palabras o que las precede acompañado del esfuerzo y apuro que manifiesta el afásico cuando intenta hablar; además, se le ha encontrado: gran descuido de su persona, se obra y orina en las ropas, escurren constantemente las secreciones nasal y salival sin que se preocupe por asearse.- En algunos días come por su propia mano, pero en otros hay que darle por la fuerza porque se niega a tomar alimentos.- No habla con nadie.- Conserva actitudes forzadas: siempre de pie con la cabeza inclinada y con manos y brazos sostiene los pantalones deshebillados caídos sobre los muslos, todo esto con actitudes demasiado forzadas, colocados cada uno de los segmentos de las extremidades superiores en ejes diferentes, produciendo la impresión de que los tiene dislocados o torcidos.- Así se presenta al ser examinado y con la facies siguiente: la mirada fija, triste e indiferente, tranquilo, con una marcada desviación de la boca a la derecha, como si existiera una parálisis facial izquierda, tan acentuada esta actitud que la comisura del lado izquierdo queda a nivel de la línea media.- Más esto es un gesto caprichoso sin parálisis facial orgánica ya que tan extrema desviación no es constante, sino que la exagera a su antojo (parakinesia ?), con el detalle de que al ser llevado a la mesa de exploraciones para examinarlo se resistió a subir impresionándose, y en esos momentos desapareció completamente la desviación bucal, para reaparecer pasado el disgusto por la mesa.

La cabeza la tiene inclinada al lado izquierdo, siguiendo tal inclinación el tronco mismo. - Se le ordena ponerse en pie y exclama "sí"; pero es seguida de "no", mas al fin se para verificando movimientos torpes y ya de pie, no permanece quieto sino que empujado sobre la punta de los pies y en especial sobre los artojos más externos; da pasos pequeños como los "pasos del danzón", hasta que se recarga en la pared pero siempre estando sobre la punta de los pies. - Da trabajo hacerle contestar, mas con las pocas preguntas a las que se logra de respuesta, lo que hace tardamente y con laconismo, se sabe que está orientado topopsíquicamente; dice que ésta no es su casa, que es el Manicomio; expresa que estamos a 1939; que tiene veinte años; que nació en México. - Mira fijamente a su interlocutor, pero sin demostrar mutaciones en el semblante de acuerdo con lo que se le conversa; dice que no quiere ir a ver a su familia. - A veces antes de contestar produce un sonido gutural como si tuviera dificultad para articular las palabras y... por fin habla con un monosílabo. - Es tan laconico para contestar, que por decir que se llama Daniel Hinojosa, expresa que su nombre es "D.H." es decir, sólo las iniciales de su nombre. -

EXPLORACION FISICO-FUNCIONAL. - El hábito exterior queda descrito en renglones anteriores. - Ahora diremos que el cráneo, fuera de lo anotado antes, no tiene nada anormal que señalar. - A la inspección general se descubre abundante seborrea de todos los tegumentos. - Los reflejos fotomotores sólo se pueden explorar en el ojo izquierdo y son normales; el derecho presenta un antiguo proceso de esclerosis cornea que impide comprobar el fenómeno. -

En la cavidad bucal presenta una perforación -- del velo del paladar, seguramente congénita. - Cuello normal. - En el tórax no hay tampoco nada digno de -- mencionar. - Y en cuanto al abdomen, como todo enfermo catatónico, por la espasticidad muscular, la palpación se dificulta y sólo queda el recurso de la -- percusión que nos da en todo datos de estado normal-

La cabeza la tiene inclinada al lado izquierdo, siguiendo tal inclinación el tronco mismo.- Se le ordena ponerse en pie y exclama "sí"; pero en seguida dice "no", mas al fin se para verificando movimientos torpes y ya de pie, no permanece quieto sino que empujado sobre la punta de los pies y en especial sobre los artejos más externos; da pasos pequeños como los "pasos del danzón", hasta que se recarga en la pared pero siempre estando sobre la punta de los pies.- Da trabajo hacerle contestar, mas con las pocas preguntas a las que se logra de respuesta, lo que hace tardíamente y con laconismo, se sabe que está orientado topopsíquicamente; dice que ésta no es su casa, que es el Manicomio; expresa que estamos a 1929; que tiene veinte años; que nació en México.- Mira fijamente y atentamente a su interlocutor, pero sin demostrar mutaciones en el semblante de acuerdo con lo que se le conversa; dice que no quiere ir a ver a su familia.- A veces antes de contestar produce un sonido gutural como si tuviera dificultad para articular -- las palabras y... por fin habla con un monosílabo.- Es tan lacónico para contestar, que por decir que se llama Daniel Hinojosa, expresa que su nombre es "D.H"; es decir, sólo las iniciales de su nombre.-

EXPLORACION FISICO-FUNCIONAL.- El hábito exterior queda descrito en renglones anteriores.- Ahora diremos que el cráneo, fuera de lo anotado antes, no tiene nada anormal que señalar.- A la inspección general se descubre abundante seborrea de todos los tegumentos.- Los reflejos fotomotores sólo se pueden explorar en el ojo izquierdo y son normales; el derecho presenta un antiguo proceso de esclerosis cornea que impide comprobar el fenómeno.-

En la cavidad bucal presenta una perforación -- del velo del paladar, seguramente congénita.- Cuello normal.- En el tórax no hay tampoco nada digno de -- mencionar.- Y en cuanto al abdomen, como todo enfermo catatónico, por la espasticidad muscular, la palpación se dificulta y sólo queda el recurso de la -- percusión que nos da en todo datos de estado normal-

de las vísceras.- Hay ganglios infartados en ambas - regiones inguinales, pero no en pléyade.- Los miembros superiores normales fuera de ligera cianosis en las manos.- Pulsaciones: 80 por minuto.- En los miembros inferiores los reflejos rotulianos están exaltados, no hay Babinsky y de los de Aquiles se halla normal el derecho y abolido el izquierdo.- MOTILIDAD. Existe espasticidad muscular generalizada.- Los movimientos pasivos son factibles, pero con oposición del enfermo; los activos son lentos y torpes.- SENSIBILIDAD.- Sólo al dolor pudo explorarse y es retardada la reacción.-

EXAMENES DE LABORATORIO

PRUEBAS DE INSUFICIENCIA HEPATICA

PRUEBA GLUCOGENICA

Prueba de la glicemia (Folin-Wu) Labbe.-

En ayunas	- - - - -	0, grms. 689	p.mil.
30' después de ingerir 50 grms. de glucosa en 250 grms. de agua	- - - - -	-1. grms. 050	" "
60' " " " " " " " " " "	- - - - -	-0. " 869	" "
90' " " " " " " " " " "	- - - - -	-1. " 050	" "

FUNCION PROTEICA

Prueba de la hemoclasia digestiva.

(Widal, Abrami y Iancovezco)

Tiempo de coagulación (Proced. de Millian).

En ayunas	- - - - -	5'
30' después de ingerir 250 grms. de leche	- - - - -	6'
60' " " " " " " " " " "	- - - - -	8'
90' " " " " " " " " " "	- - - - -	6'

Recuento de leucocitos
por milímetro cúbico.-

En ayunas - - - - -	-12,600
30' después de ingerir 250 grms. de leche-	-17,100
60' " " " " " " " "	-20,500
90' " " " " " " " "	-14,000

Fórmula leucocitaria.-

En ayunas:-

Neutrófilos	78 %	Linfocitos	9 %
Basófilos	0 %	Monocitos	6 %
Eosinófilos	5 %	Metamielocitos	2 %

30' después de ingerir 250 grms. de leche:

Neutrófilos	81 %	Linfocitos	12 %
Basófilos	0 %	Monocitos	3 %
Eosinófilos	0 %	Metamielocitos	4 %

60' después de ingerir 250 grms. de leche:-

Neutrófilos	91 %	Linfocitos	7 %
Basófilos	0 %	Monocitos	1 %
Eosinófilos	0 %	Metamielocitos	1 %

90' después de ingerir 250 grms. de leche:-

Neutrófilos	87 %	Linfocitos	9 %
Basófilos	0 %	Monocitos	2 %
Eosinófilos	0 %	Metamielocitos	2 %

FUNCION ANTITOXICA

Prueba del rosa de bengala (Epstein).-

a los 16' después de la inyección 30 % del rosa de bengala en el plasma.-

FUNCION TROMBOPEXICA O FIBRINOPOYETICA

Tiempo de coagulación 5' (Proc. de Millian).-
Tiempo de sangrado 4' 30'' (Prueba de Duke).

FUNCION BILIARIA

Urobilinuria, aumentada.-
Sales biliares en la orina, positiva (Reac. Hay).-

OBSERVACION No. 4.-

J. DOLORES JARAMILLO, de 27 años de edad, soltero, labrador, originario de Temelope, Gto. y residente en México, D. F., ingresó al Manicomio General en Junio de 1928, encontrándose actualmente en el Pabellón de Enfermos Mentales Diversos, no pensionistas, Sec. la.-

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.- Sin importancia.-

ANTECEDENTES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS.- Únicamente se sabe que fué palúdico y que se embriagaba con alguna frecuencia.-

EVOLUCION DEL PADECIMIENTO.- A su ingreso no dió dato alguno, habiéndolo remitido la Penitenciaría del D. F. en calidad de reo con el nombre de "Simón Ka", por lo que pasó al pabellón de Peligrosos.- El médico de guardia anotó en los documentos del paciente, que éste se hallaba "tranquilo, en mutismo, contestando a las preguntas con entonación quejumbrosa, incapaz de dar datos sobre su padecimiento.- Perturbado en su orientación auto y alopsíquica, repite a menudo la misma frase, se resiste sistemáticamente a abrir los ojos y a la exploración"

En el Pabellón de Peligrosos, donde permaneció hasta el 28 de julio del presente año, se continuó observando sintomatología idéntica a la encontrada a su ingreso, con mutismo negativismo, estereotipias de actitudes y verbales, constantemente repite: "sí miro, sí miro," y se conservaba de continuo con los ojos cerrados y parado a la mitad del patio a pleno sol, con la cabeza baja y caídos los brazos a lo largo del cuerpo.- Existe el hecho notable de que hasta principios de 1929 habiendo sido siempre retraído y callado, repentinamente mejoraron sus condiciones mentales y abandonando su mutismo, dió los antecedentes hereditarios y personales que se dejaron anotados al principio, expresando así mismo, que se puso por nombre Simón Ka, al ser llevado a la Penitenciaría porque le aconsejaron lo hiciera -

así y narra un éxodo con visos de aventura que verificó en busca de trabajo desde los estados de Michoacán y Guanajuato, el cual terminó en la Penitencia - ría y vino a epilogarse con su ingreso al Manicomio - donde encontramos al enfermo con el siguiente

ESTADO ACTUAL.- Se presenta de pie, con la cabeza echada hacia adelante y los brazos caídos a lo largo del cuerpo, silencioso y con facies indiferente, - conservando los ojos entornados, al grado de no hacer que los abra ni aun levantándole los párpados, - pues en estas condiciones eleva los globos oculares - y se resiste a ver.- Cuando no se le indica que mire, por su propia cuenta entreabre los ojos y mira "de reojo", como si le diera vergüenza ver de frente a las personas.- Se niega a contestar y lo poco que se logra que conteste lo hace con retisencia y con monosílabos.- Su estado mental es el siguiente:- Desorientación alopsíquica completa y doble, marcado negativismo, mutismo casi absoluto, vive aislado y no conversa con nadie, las estereotipias se acentúan cada vez más, hay manierismos en la mímica.- Es desaseado en su persona, verificando sus funciones fisiológicas en su misma ropa.-

EXPLORACION FISICO-FUNCIONAL.- Cráneo, normal.- Los reflejos fotomotores, normales.- Cuello, sin nada digno de mencionarse.- Datos recavados en el tórax, sin importancia, siendo normales los aparatos respiratorio y cardio-vascular: 20 respiraciones y 74 pulsaciones por minuto.- En el abdomen existe la espasticidad de los músculos tan común en esta clase de enfermos, lo que nos impide efectuar la palpación, limitándonos únicamente a la percusión que nos proporciona datos en todo normal, de las vísceras abdominales.- Extremidades superiores, normales; no así las inferiores, en las que encontramos en la cara interna de ambos muslos, una dermatosis de apariencia eczematosa.- **SENSIBILIDAD.**- No fué fácil explorarla por el estado mental del enfermo, haciéndose notar únicamente que al practicarle inyecciones subcutáneas hace extremos, como revelando mucho dolor.-

MOTILIDAD Y MOTRICIDAD.- Existe la espasticidad muscular generalizada que tanto se observa en esta clase de enfermos, lo que hace que los movimientos pasivos sean factibles, pero con esfuerzo y que, los activos sean lentos y torpes.-

EXAMENES DE LABORATORIO

Reacción de Wassermann en el s.ero sanguíneo, negativa.- En el L. C. R., negativa.- Noguchi, negativa.- Lange, 0011000000.- Cutting, negativa.-

PRUEBAS DE INSUFICIENCIA HEPATICA

FUNCION GLUCOGENICA

Prueba de la glicemia (Folin-Wu) Labbé.-

En ayunas	- - - - -	-0.grms.	769	p.mil.
30' después de ingerir 50 grms. de glucosa en 250 grms. de agua	-- - - -	-0.	"	869 " "
60' " " " " " "	- - -	-0.	"	952 " "
90' " " " " " "	- - -	-0.	"	370 " "

FUNCION PROTEICA

Prueba de la hemoclasia digestiva.-
(Widal, Abrami y Iancovezco)

Tiempo de coagulación (Proced. de Millian).

En ayunas	- - - - -	-11'30''
30' después de ingerir 250 grms. de leche	- - -	6'
60' " " " " " "	- - -	6'
90' " " " " " "	- - -	9'

Recuento de leucocitos
por milímetro cúbico.-

En ayunas	- - - - -	-18,700
30' después de ingerir 250 grms. de leche	- -	-16,800
60' " " " " " "	- -	-26,000
90' " " " " " "	- -	-19,100

Fórmula leucocitaria.-

En ayunas:-

Neutrófilos	79	%	Linfocitos	11	%
Basófilos	0	%	Monocitos	1	%
Eosinófilos	5	%	Metamielocitos	3	%
			Linfoblastos	1	%

30' después de ingerir 250 grms. de leche:-

Neutrófilos	83	%	Linfocitos	5	%
Basófilos	0	%	Monocitos	1	%
Eosinófilos	10	%	Metamielocitos	1	%

60' después de ingerir 250 grms. de leche:-

Neutrófilos	96	%	Linfocitos	3	%
Basófilos	0	%	Monocitos	0	%
Eosinófilos	0	%	Metamielocitos	1	%

90' después de ingerir 250 grms. de leche:-

Neutrófilos	79	%	Linfocitos	8	%
Basófilos	0	%	Monocitos	1	%
Eosinófilos	11	%	Metamielocitos	1	%

FUNCION ANTITOXICA

Prueba del rosa de bengala (epstein).-

a los 16' después de la inyección, 70 % del rosa de bengala en el plasma.-

FUNCION TROMBOPEXICA O FIBRINOPOYETICA

Tiempo de coagulación 11'30" (Proc. de Millian).-
Tiempo de sangrado 6'.- (Prueba de Duke).-

FUNCION BILIARIA

Urobilinuria, normal.-
Sales biliares en la orina, negativa (Reac. Hay).-

OBSERVACION No. 5.-

JOSE CORONA de 30 años de edad, soltero, dependiente, originario de Chihuahua, Chia. y vecino de C. Juarez Chia.- Ingresó al Manicomio General en julio de 1927, hallándose en la actualidad en el Pabellón de Enfermos Mentales Diversos, Sec. la.-

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.- Su padre falleció y fué alcohólico, teniendo el mismo vicio cinco de los ocho hermanos del paciente, y en cuanto a su señora-- madre, vive y es sana.-

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS.- No existen datos precisos y sólo se sabe que el paciente acostumbró poco el alcohol.-

PADECIMIENTO ACTUAL.- Evolución.- Como no se cuenta más que con los datos suministrados por el propio enfermo el cual no es muy espontáneo para hablar, ni su estado mental correcto para dar crédito a su dicho, sólo de manera aproximada se pueden apreciar los siguientes datos:- Dice, según se hizo constar en el Pabellón de Observación, que desde cinco años antes de su ingreso a este frenocomio, es decir, allá por 1922, enfermó del cerebro porque no dormía, y que llegó a estar, por tal motivo, internado en un manicomio norte-americano.- Al recibirlo el Médico de Guardia el día que ingresó a la Castañeda, lo encontró: "tranquilo, respondía diciendo que su enfermedad era por no dormir, y que era de los nervios".- En el examen psíquico anotó: "Orientado, atención y memoria conservadas.- Tiene persecuciones y deliberaciones.- Incomprensión y desinterés".- Durante su permanencia en el Pabellón de Observación, anotaron que "se hallaba alejado de todos los demás asilados, con quienes nunca ha tenido conversación.- Permanece indiferente al medio que le rodea, con actitudes catatónicas, bien sea parado permaneciendo por largo tiempo en dicha posición con las manos hacia abajo deteniéndose los pantalones.- Voltea la cabeza hacia distintas direcciones como si oyera que alguien le habla.- Otras veces se le ve dar pasos cortos para regresar al momento al --

punto de partida.- Tiene movimientos de su cuerpo como si le molestara alguna cosa.- Al interrogarlo -- nos contesta con cierta corrección, aunque algunas veces no comprendemos lo que dice.- Tiene estereotipias de palabra y movimiento.- Ligera desorientación en tiempo y lugar.- Memoria escasa.- Incomprensión.- Afectividad disminuída".-

En Observación permaneció hasta agosto de 1927- y pasando al pabellón en que se halla actualmente, - siguió casi sin variación el cuadro nosológico descrito por el Médico del Pabellón anterior.- Sin embargo, hay que detallar que cuando se sienta a la mesa, repentinamente, si su compañero de al lado se descuida, le arrebatara su ración y la devora presto; los pantalones siempre los trae caídos, si se le sujetan con alguna cinta, se los desamarra, pues parece sentir satisfacción estar sosteniendo con las manos dicha prenda.- Cuando está en su perenne posición de pie, no asienta la planta de los pies completamente en el suelo, sino sólo su borde externo, teniendo en extensión forzada los pulgares.- No llega a excitarse, siempre se halla tranquilo con su constante - indiferencia al medio ambiente y cerrando y abriendo los ojos, haciendo ruidos monótonos con los labios.- Es marcadamente desaseado, efectúa sus funciones fisiológicas en la ropa y todo el rostro se ensucia al tomar los alimentos.-

ESTADO ACTUAL.- Al ser examinado, se presenta - tranquilo, con el rostro desviado persistentemente a la izquierda, no se logra hacerlo ver de frente a su interlocutor de quien parece querer evitar la mirada (síntoma que, de paso, diré que se encontró más o menos acentuado en los otros enfermos cuyas historias se presentan en esta tesis).- Monologuea a solas, cuchicheando algo ininteligible.- Repentinamente y sin motivo hace por pararse y salir del salón.- Casi siempre su miembro superior derecho lo tiene -- flexionado y la mano en actitud bien de señalar algo con el índice o entreabierto como sosteniendo alguna cosa.- El otro miembro superior, semiflexionado, su-

jeta incómodamente su pantalón desabrochado.- Se conversa con él y da respuestas pero sin volver la cara a su interlocutor.- En estas condiciones sabemos dónde nació y que "aquí es la Castañeda", pero que "es la Ciudad de Aguascalientes"; (desorientación) "que en 1929 tenía 27 años y ahora, en 1930 tiene 26...! Afirma que su familia radica en El Paso Texas y que lo han venido a visitar; mas inmediatamente afirma - lo contrario, es decir, que no lo han venido a ver.- (Ambivalencia).- En estos momentos, inmotivadamente y haciendo punto omiso de quienes estamos cerca de él, deja su asiento y se pone a levantar las piernas alternativamente con movimientos torpes y en actitudes ridículas, al fin se sienta pero encogiendo los miembros inferiores, deja despegados del suelo los pies y así permanece mucho tiempo a pesar de lo incómodo y cansado de la situación.- Tornamos a conversar y dándole la noticia del fallecimiento de su señora madre, no se inmuta, sino que al decirle que vamos a llevarla para que la sepulte, manifiesta deseos de "ir de una vez".- Recuerda también que estuvo en la escuela y que, al salir de ella, trabajaba con una bicicleta como empleado de una tienda.-

EXPLORACION FISICO-FUNCIONAL.- Ya quedó expresado más arriba cuanto al porte se refiere.- Por lo que ve a la inspección general, nos damos cuenta de que su constitución es débil y hay notable adelgazamiento.- Nada de anormal descubrimos en parte alguna u órganos de cráneo y cara, lo mismo que en el cuello.- En el tórax no existe así mismo nada digno de mencionarse, si no es el dermatofismo notable que descubrimos tanto en su pared anterior como en la posterior; 26 respiraciones por minuto.- Del abdomen habremos de decir que, como los demás catatónicos estudiados, presenta la dureza de sus paredes por la espasticidad muscular de esta clase de enfermos.- En las extremidades no hallamos tampoco nada anormal, tiene un pulso de 66 pulsaciones por minuto, y los reflejos son normales.- De la motilidad, no haremos más que repetir lo ya dicho en los casos anteriores,

jeta incómodamente su pantalón desabrochado.- Se conversa con él y da respuestas pero sin volver la cara a su interlocutor.- En estas condiciones sabemos dónde nació y que "aquí es la Castañeda", pero que "es la Ciudad de Aguascalientes"; (desorientación) "que en 1929 tenía 27 años y ahora, en 1930 tiene 26...! Afirma que su familia radica en El Paso Texas y que lo han venido a visitar; mas inmediatamente afirma - lo contrario, es decir, que no lo han venido a ver.- (Ambivalencia).- En estos momentos, inmotivadamente y haciendo punto omiso de quienes estamos cerca de él, deja su asiento y se pone a levantar las piernas alternativamente con movimientos torpes y en actitudes ridículas, al fin se sienta pero encogiendo los miembros inferiores, deja despegados del suelo los pies y así permanece mucho tiempo a pesar de lo incómodo y cansado de la situación.- Tornamos a conversar y dándole la noticia del fallecimiento de su señora madre, no se inmuta, sino que al decirle que vamos a llevarla para que la sepulte, manifiesta deseos de "ir de una vez".- Recuerda también que estuvo en la escuela y que, al salir de ella, trabajaba con una bicicleta como empleado de una tienda.-

EXPLORACION FISICO-FUNCIONAL.- Ya quedó expresado más arriba cuanto al porte se refiere.- Por lo que ve a la inspección general, nos damos cuenta de que su constitución es débil y hay notable adelgazamiento.- Nada de anormal descubrimos en parte alguna u órganos de cráneo y cara, lo mismo que en el cuello.- En el tórax no existe así mismo nada digno de mencionarse, si no es el dermatografismo notable que descubrimos tanto en su pared anterior como en la posterior; 26 respiraciones por minuto.- Del abdomen habremos de decir que, como los demás catatónicos estudiados, presenta la dureza de sus paredes por la espasticidad muscular de esta clase de enfermos.- En las extremidades no hallamos tampoco nada anormal, tiene un pulso de 60 pulsaciones por minuto, y los reflejos son normales.- De la motilidad, no haremos más que repetir lo ya dicho en los casos anteriores,

existe la espasticidad muscular generalizada que determina que los movimientos pasivos sean factibles, pero con esfuerzo y que los activos los verifique el paciente con torpeza y lentitud.- La sensibilidad al dolor está disminuída, pues a los estímulos de esta naturaleza reacciona poco, tardíamente o no reacciona; al tacto y a la temperatura no fué fácil hacer la exploración por las condiciones mentales del paciente que dificultan la prueba.-

EXAMENES DE LABORATORIO

Reacción de Wassermann en el suero sanguíneo, negativa.- En el L. C. R. negativa.- Noguchi, negativa.- Lange, negativa.- Cutting negativa.-

PRUEBAS DE INSUFICIENCIA HEPATICA

FUNCION GLUCOGENICA

Prueba de la glicemia (Folin-Wu) Labbé.-

En ayunas	- - - - -	0.grms.	769	p.mil.
30' después de ingerir 50 grms. de glucosa en 250 grms. de agua	- -	1.	"	400 " "
60' " " " " " " " "	- -	0.	"	390 " "
90' " " " " " " " "	- -	0.	"	805 " "

FUNCION PROTEICA

Prueba de la hemoclasia digestiva.-

(Widal, Abrami y Iancovezco)

Tiempo de coagulación (Proced. de Millian).

En ayunas	- - - - -	6'
30' después de ingerir 250 grms. de leche		5'
60' " " " " " " " "		4'30"
90' " " " " " " " "		3'30"

Recuento de leucocitos
por milímetro cúbico.-

En ayunas - - - - -	=	10,100
30' después de ingerir 250 grms. de leche	=	11,700
60' " " " " " " "	=	13,700
90' " " " " " " "	=	15,800

Fórmula leucocitaria.-

En ayunas:-

Neutrófilos	70	%	Linfocitos	27	%
Basófilos	0	%	Monocitos	1	%
Eosinófilos	0	%	Metamioleocitos	2	%

30' después de ingerir 250 grms. de leche:-

Neutrófilos	78	%	Linfocitos	15	%
Basófilos	0	%	Monocitos	2	%
Eosinófilos	2	%	Metamioleocitos	3	%

60' después de ingerir 250 grms. de leche:-

Neutrófilos	87	%	Linfocitos	9	%
Basófilos	0	%	Monocitos	0	%
Eosinófilos	2	%	Metamioleocitos	2	%

90' después de ingerir 250 grms. de leche:-

Neutrófilos	80	%	Linfocitos	13	%
Basófilos	0	%	Monocitos	2	%
Eosinófilos	3	%	Metamioleocitos	2	%

FUNCION ANTITOXICA

Prueba del rosa de bengala (Epstein)

a los 16' después de la inyección, 18 % del rosa de bengala en el plasma.-

FUNCION TROMBOPEXICA O FIBRINOPOYETICA

Tiempo de coagulación 6' (Proc. de Millian).-

Tiempo de sangrado 5' (Prueba de Duke).-

FUNCION BILIARIA

Urobilinuria, positiva.-

Sales biliarías en la orina, positiva (Reac. Hay).-

OBSERVACION No. 6.-

TOMAS CASTAÑO, del Pabellón de Enfermos Mentales Diversos, Sec. 1a. de 25 años de edad, casado, jornalero, originario de Santiago Tenguala, D. F. vecino del mismo lugar.- Ingresó al Manicomio de la Castañeda el mes de marzo de 1930.-

Se carece de datos sobre antecedentes personales, hereditarios, patológicos y no patológicos, pues solamente se sabe que fumaba poco e ingería 2 a 4 litros diarios de pulque.-

PADECIMIENTO ACTUAL.- Así mismo, no se tiene noticia del principio de la psico-patía, desconociéndose las primeras manifestaciones morbosas.- Al recibirlo el Médico de Guardia hizo las siguientes anotaciones: "Permanece sentado, con los brazos cruzados y en la misma actitud de indiferencia a lo que le rodea.- Su facies es inexpresiva.- Mímica casi nula.- Reacciona a los excitantes exteriores con mucha dificultad y torpeza.- Permanece largo rato en la misma actitud en que se coloca.- Dice que por las noches grita, se pone a bailar, brinca las ventanas, habla solo".- Examen psíquico.- "Desorientación crono y topopsíquica - completas.- Atención profundamente disminuida, dominando sobre la forma activa.- Hipomnesia anterógrada. Probables alucinaciones visuales y auditivas.- Completa incoherencia en la asociación de las ideas que en ocasiones llega a verdadera ensalada de palabras.- Síndrome de Ganser.- Ideas delirantes polimorfas y no sistemizadas"... "Juicio y razonamiento casi nulos. Afectividad lo mismo.- Abulia, apatía.- Adopta actitudes que parecen catatónicas".- Posteriormente en el Pabellón de Observación se hizo constar que al ser conducido el enfermo para examinarlo: "entra obligado y permanece de pie en estado estuporoso.- Se le ordena que se siente y permanece de pie, indiferente.- Se le obliga, y entonces queda sentado sin cambiar de tono afectivo.- En mutismo absoluto, sin ningún movimiento en los miembros, no contesta a una sola pregun

ta de las muchas que se le hacen.- Ha observado esta conducta la mayor parte del tiempo, pero en ocasiones ha tenido períodos de excitación psico-motriz -- (logorrea con incoherencias y agitación).- Son episodios pasajeros para caer de nuevo en estupor catatónico.- Es un enfermo que ha perdido en lo absoluto el contacto para con la realidad; reducido a sus facultades organo-genitales, con disociación afectiva, intelectual y pragmática.- Se trata por lo tanto de una hebefreno-catatonía".-

En el Pabellón en que se encuentra actualmente y al que ingresó hace 5 meses, se ha continuado la sintomatología ya mencionada, aunque han desaparecido los fenómenos de excitación psico-motriz y se ha acentuado el mutismo y retraimiento.- No molesta a nadie absolutamente.- Verifica sus funciones fisiológicas en la ropa, además de observar un notable desaseos en su persona.-

ESTADO ACTUAL.- Para presentarlo a este examen opone resistencia a quien lo conduce, adoptando un semblante de marcado disgusto.- Tranquilo, se sienta y queda inmóvil con la cabeza ligeramente inclinada en la actitud del hombre que piensa fijamente.- Por momentos contrae los labios y constantemente está -- parpadeando.- Se le dirige la palabra y no contesta, se limita a inclinar más la cabeza, dándose un aire de humildad y respeto ;pero imposible que pronuncie palabra! Se le habla sobre diferentes tópicos, ya placenteros, ya tristes, de cosas triviales de la vida; pero nada, permanece en su actitud estática y su constante mutismo, sin que en su semblante revele el más ligero cambio que exteriorice algún proceso mental provocado por cuanto se le conversa.-

EXPLORACION FISICO-FUNCIONAL.- En cráneo, cuello, tórax y abdomen, nada anormal.- Miembros superiores normales, con pulso de 66 por minuto.- En los miembros inferiores hallamos, en el izquierdo, el reflejo rotuliano disminuído.- MOTILIDAD.- Ligera espasticidad de todos los músculos con las consecuencias consiguientes tanto en los movimientos pasivos,

como en los activos, aquéllos difíciles de efectuarse, y éstos lentos y torpes.- SENSIBILIDAD.- Al dolor es normal, pues al pincharle ligeramente con un alfiler, retira o evade la parte del cuerpo excitada. Al tacto y a la temperatura no fué fácil explorarla. No hay fenómenos generales.-

EXAMENES DE LABORATORIO

Reacción de Wassermann en el suero sanguíneo,- negativa.- En el L. C. R., negativa, de Noguchi, negativa, de Pandi, negativa; de Lange 0001100000.- Leucocitos por milímetro cúbico en el L.C.R., normal. Albúmina, normal.-

PRUEBAS DE INSUFICIENCIA HEPATICA

FUNCION GLUCOGENICA

Prueba de la glicemia (Folin-Wu) Labbé.-
En ayunas - - - - - 0 grms. 714 p.mil.
30' después de ingerir 50 grms. de
glucosa en 250 grms. de agua - - -1 " 606 " "
60' " " " " " " = -1 " 502 " "
90' " " " " " " - - -1 " 253 " "

FUNCION PROTEICA

Prueba de la hemoclasia digestiva.-
(Widal, Abrami y Iancovezco)
Tiempo de coagulación.-
En ayunas - - - - - 7'
30' después de ingerir 250 grms. de leche - - 10'
60' " " " " " " " " - - 6'
90' " " " " " " " " - - 4'

Recuento de leucocitos por milímetro cúbico.-

En ayunas - - - - - 12,800

30'	después	de	ingerir	250	grms.	de	leche	-	-10,100
60'	"	"	"	"	"	"	"	-	-11,100
90'	"	"	"	"	"	"	"	-	-10,200

Fórmula leucocitaria.-

En ayunas:-

Neutrófilos	68	%	Linfocitos	24	%
Basófilos	0	%	Monocitos	4	%
Eosinófilos	3	%	Metamielocitos	0	%
			Linfoblastos	1	%

30' después de ingerir 250 grms. de leche:-

Neutrófilos	79	%	Linfocitos	12	%
Basófilos	0	%	Monocitos	4	%
Eosinófilos	1	%	Metamielocitos	3	%
			Linfoblastos	1	%

60' después de ingerir 250 grms. de leche:-

Neutrófilos	82	%	Linfocitos	6	%
Basófilos	0	%	Monocitos	9	%
Eosinófilos	0	%	Metamielocitos	3	%
			Linfoblastos	0	%

90' después de ingerir 250 grms. de leche:-

Neutrófilos	80	%	Linfocitos	11	%
Basófilos	0	%	Monocitos	2	%
Eosinófilos	1	%	Metamielocitos	6	%
			Linfoblastos	0	%

FUNCION ANTITOXICA

Prueba del rosa de bengala (E. Stein)

a los 16' después de la inyección, 19% del rosa de bengala en el plasma.-

FUNCION TROMBOPEXICA O FIBRINOPOYETICA

Tiempo de coagulación 7'. (Proc. de Millian).
Tiempo de sangrado 4'. (Prueba de Duke).-

FUNCION BILIARIA

Urobilinuria, positiva.-

Sales biliaras en la orina, negativa (Reac. Hay).-

OBSERVACION No. 7.-

MARIA GUADALUPE BONILLA, internada en el Pabellón de Enfermas Mentales Diversas, Sec. la., de 25 años de edad, soltera, sin ocupación, originaria de Zacatecas, Zac. y vecina de México, D. F.- Ingresó al Manicomio en Diciembre de 1925.-

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.- Padre alcohólico, tuvo dos hermanos que disfrutaron de buena salud, y dió a luz un hijo que fué sano.-

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS.- Estuvo enferma de sarampión, varicela y gripa, padece un flujo vaginal y últimamente fué operada del seno izquierdo por habersele formado un absceso.- No hay antecedentes ni fímicos ni luéticos.- Con moderación ha usado del tabaco y del alcohol.-

PADECIMIENTO ACTUAL.- EVOLUCION.- No hay datos sobre el principio de la enfermedad, sólo se sabe que la paciente era pupila de una casa de asignación y que la remitió una Comisaría, por sufrir de enagenación mental.- A su ingreso se presentó al médico de Guardia: "...triste, contestaba con retardo y cierto abandono".- Psíquicamente se hallaba: "desorientada en tiempo y lugar.- Ligera disprosexia y confusión.- Dismnesia.- Hipomimia y abulia."-

En el Pabellón de Observación continuó "tranquila, contestaba a lo que se le preguntaba dando detalles de su vida anterior, los cuales eran localizados en el espacio y en el tiempo.- Hablaba incoherentemente en su discurso espontáneo.- Evocaba recuerdos irregularmente, hablando incoherencias.- Permanecía con la vista fija e inexpresiva.- Su facies quieta e inmóvil por largo rato.- De improviso reía sin motivo.- Su expresión y sus manifestaciones afectivas no correspondían a las ideas que expresaba.- Aparentemente manifestaba desinterés por lo que le rodeaba.- Algunas veces contestaba bruscamente y con incoherencia.- Tenía ligero negativismo y manierismos."-

Posteriormente presentó actitudes francamente catatónicas y se confirmó el negativismo.- Presentó más tarde unas úlceras en los dedos de los pies clasificadas de probable origen trófico, pero sanaron.- Siempre ha presentado cianosis en las extremidades superiores e inferiores; habiendo, además, en estas últimas, un edema que disminuye o aun desaparece al recluir en el lecho a la enferma.-

En la actualidad el estado de la paciente permanece casi igual.- Mutismo y tranquilidad constantes. Actitudes catatónicas como queda anotado: está casi siempre de pie o arrodilada, con la cabeza echada hacia adelante y los brazos caídos a lo largo del cuerpo.- Facies fija e inexpresiva.- Se ve marcado descuido en su persona (la secreción nasal escurre sobre su labio superior y no hace ningún impulso por asearse ni por espantar las moscas que caminan por su rostro relumbroso por la hipersecreción grasosa). Estando explorándola, súbitamente se pone de pie y sin que haya causa, intenta salir del salón.- De nada parece darse cuenta, se le ha pinchado con un alfiler en diferentes partes del cuerpo y tarda en reaccionar a este estímulo.- Se le dirige la palabra y no hace caso, apenas si se limita, en ocasiones, a contestar con monosílabos después de haber transcurrido mucho tiempo de haberle hecho la pregunta.- Recuerda que se levantó a las 6 de la mañana, que desayunó a las 7, etc., que vive su madre en Zacatecas y que su padre es ya finado; tiene presente que estuvo en la escuela y que cursó hasta el tercer año de primaria, en cambio no sabe en donde se halla ni la fecha en que vive.- Su manera de ser revela que su imaginación se halla interiorizada.- Sabe hacer mentalmente algunas operaciones aritméticas muy simples; objetiva que no sería fácil hacer volar un ave sin alas, etc., pero no acierta a todos los problemas sencillos que se le exponen.- No hay alteración en su semblante por lo que ocurre a su alrededor, ni parece interesarle lo que se le conversa, queda indiferente ante la noticia del fallecimiento de su hijo

y de su señora madre...!.- Existe la flexibilidad cérea y el negativismo.- Se le toma un brazo para elevarse por sobre su cabeza y opone resistencia para que se verifique este acto y tomada la muñeca para conocer el pulso, después que se le deja, la paciente conserva la actitud en que se le había colocado.-

EXPLORACION FISICO-FUNCIONAL.- A la inspección general se ve en un estado de nutrición deficiente y una abundante secreción seboreica de todos los tegumentos.- Edema y cianosis de las extremidades inferiores.- El cráneo, bien conformado, sin que exista algún detalle digno de mención en ninguno de los órganos y regiones cefálicos.- El cuello normal.- El tórax, en su pared anterior presenta cicatrices por pérdida de sustancia, antiguas, y unas recientes sobre el seno izquierdo, de orden quirúrgico; hundi miento mediano y vertical del esqueleto torácico (gran extensión de la región esternal); oscuridad en el vértice pulmonar izquierdo.- Area y ruidos cardiacos normales.- En la pared posterior existe un cambio general del tórax y desnivel de los hombros, siendo el izquierdo el más bajo.- Oscuridad y espiración prolongada en el vértice izquierdo.- No se practicaron las demás maniobras de exploración pulmonar, por el mutismo de la enferma; 18 respiraciones por minuto.- La espasticidad de los músculos de las paredes abdominales, no permitió hacer la palpación de esta cavidad, más percutiendo, se descubrió que estaban normales los órganos abdominales, hígado en primer término.- En las extremidades sólo se señalan la cianosis y el edema de los miembros inferiores.- 78 pulsaciones por minuto.- MOTILIDAD.- Espasticidad muscular generalizada.- Movimientos pasivos difíciles de efectuar por ese estado espástico y el negativismo, los activos son lentos y torpes.- SENSIBILIDAD.- Esta sólo se exploró en cuanto al dolor, siendo retardada la reacción de la enferma al estimulante.- La térmica y al contacto, no se pudieron explorar por las condiciones mentales de la paciente.- FENOMENOS GENERALES.- No hay fiebre, a últimas fechas-

OBSERVACION No. 8.-

MARIA CAMACHO, de 43 años de edad, soltera, modista, originaria de Villa de Arista, C. L. F. y vecina de la ciudad de México.- Ingresó al Manicomio General en Abril de 1919. (Sec. la. de Enfermas Mentales Diversas).-

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.- Tuvo una tía que padeció ataques epilépticos y una hermana que sufría "ausencias".- No ha tenido hijos.-

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS.- Ha padecido del aparato digestivo; tuvo tifo y neuralgias.- No hay antecedentes ni de lues ni de tuberculosis.- No acostumbra fumar ni beber.-

EVOLUCION DEL PADECIMIENTO.- Es la única vez -- que ha sido internada en un Manicomio, ignorándose a que pueda atribuirse la presente psico-patía, la -- cual se inició por insomnio persistente.- Al ser presentada al Médico de Guardia por unos empleados de la Comisaria de la Villa de Guadalupe Hidalgo D. F., de donde fué remitida por haberla encontrado gesticulando y corriendo en el interior de una Iglesia, se vio que presentaba ambivalencias, pues se contradecía en las respuestas que iba dando a lo que se le -- interrogaba.- Textualmente se anota en la hoja de ingreso: "no sabe por qué vino a México con una amiga. Se presenta llorando y en actitud pasiva, sus respuestas son monosilábicas.- Desorientación, negativismo.- Dice que fué a la Iglesia a pagar una "manda".- Y al indicarle que se acercara para examinarla mejor, se arrodilla y persigna como si intentara confesarse.- Atención difícil de conservar por largo rato.- Alucinaciones visuales y auditivas.- Juicio y -- razonamiento ligeramente perturbados".- Después se -- consigna: "durante el tiempo que ha pasado en el Pabellón de Observación, sus ideas delirantes tienden a sistematizarse bajo la forma mística y de carácter -- melancólico".-

Más tarde, en el transcurso de los meses y de -- los años, se fueron observando otros síntomas, tales

como monólogos frecuentes, persistencia de actitudes: La enferma se sentaba en un sitio y allí permanecía largo tiempo hasta que la iban a retirar o llevaban al refectorio; hacía repetidos movimientos con los brazos como en ademán de quitarse algo de la cabeza, pero tales impulsos eran siempre efectuados en la misma forma, monótonos (estereotipias).- Ha continuado tranquila sin presentar más alucinaciones.-

ESTADO ACTUAL.- Su psiquismo continua igual a como se acaba de consignar.- La enferma va a la escuela de labores manuales, donde trabaja con acierto en meshilados y borda.- De allí llega en este momento que se le va a examinar, y se presenta hablando consigo misma, en secreto.- Está tranquila, pero con facies que revela como que tiene el pensamiento ocupado en algo y demuestra indiferencia.- Es correcta y contesta oportunamente a lo que se le pregunta.- Sabe que se levantó a las siete de la mañana.- Que se desayunó a las ocho y que viene del colegio; en cambio, no sabe los años que tiene y dice que lleva sólo cinco de estar en el Manicomio, cuando son once los que tiene de internada....! Refiere que la trajeron al Manicomio sin motivo; que nunca ha estado enferma del cerebro y que se halla perfectamente sana en la actualidad.- (Pérdida de la auto-crítica).-

EXPLORACION FISICO-FUNCIONAL.- Cráneo normal; así mismo se hallan las pupilas y los reflejos fotomotores.- Cavidad bucal con sólo dos piezas dentarias y en mal estado.- El resto, normal.- En el cuello se descubrió una cadena de gánглиos en la región carotidea izquierda, los cuales son pequeños y no adherentes, duros.- El hombro derecho es notablemente más bajo de nivel que el izquierdo y el hemitórax de dicho lado, ligeramente globuloso.- En el vértice de la cabeza están ligeramente aumentadas las vibraciones bucales y a la percusión existe ligera matitez.- Todo a la auscultación es normal.- En el abdomen no existe nada anormal digno de mencionarse.- Lo mismo puede expresarse respecto de las extremidades, tanto superiores como inferiores.- Tanto la sensibilidad -

como la motricidad, normales.-

EXAMENES DE LABORATORIO.

PRUEBAS DE INSUFICIENCIA HEPATICA

FUNCION GLUCOGENICA

Prueba de la glicemia.-

(Folin-Wu) Labbé.-

En ayunas - - - - -	0 grms. 620 p.mil.
30' después de ingerir 50 grms. de glucosa en 250 grms. de agua - - - - -	1 " 706 " "
60' " " " " " " - - - - -	2 " 220 " "
90' " " " " " " - - - - -	1 " 082 " "

FUNCION PROTEICA

Prueba de la hemoclasia digestiva.-

(Widal, Abramia y Iancovezco).-

Tiempo de coagulación.-

En ayunas - - - - -	-6' 30"
30' después de ingerir 250 grms. de leche - - - - -	-5'
60' " " " " " " " " - - - - -	-6'

Recuento de leucocitos por milímetro cúbico.-

En ayunas - - - - -	21,100.
30' después de ingerir 250 grms. de leche - - - - -	19,800.
60' " " " " " " " " - - - - -	15,100.

Fórmula leucocitaria.-

En ayunas.-

Neutrófilos	79	%	Linfocitos	11	%
Basófilos	1	%	Monocitos	4	%
Eosinófilos	1	%	Metamielocitos	4	%

30' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	76 %	Linfocitos	20 %
Basófilos	0 %	Monocitos	3 %
Eosinófilos	1 %	Metamastocitos	1 %

60' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	82 %	Linfocitos	13 %
Basófilos	0 %	Monocitos	3 %
Eosinófilos	2 %	Metamastocitos	0 %

FUNCION ANTIPTOXICA

Prueba del rosa de bengala (Upstein).-

a los 16 ' después de la inyección, 17 % del rosa de bengala en el plasma.-

FUNCION TROMBOPEXICA O FIBRINOPOYETICA

Tiempo de coagulación 6'. (Proc. de Millian).-

Tiempo de sangrado 3'. (Prueba de Duke).-

FUNCION BILIARIA

Urobilinuria, normal.-

Salas biliares en la orina, negativa (Rosa.Hay).

OBSERVACION No. 9.-

CHANG WI SINKO, del pabellón de Enfermos Mentales -- Diversos, Sec. 2a., de 27 años de edad, casado, comerciante, originario de Cantón, CHINA y vecino de la ciudad de México.- Ingresó al Manicomio General el mes de enero de 1928.-

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.- No hay datos.-

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS.- También se carece de datos; sin embargo, existe el de que el enfermo acostumbraba excesivamente las bebidas alcohólicas.-

PADECIMIENTO ACTUAL.- Se ignora cómo haya evolucionado la enfermedad mental del paciente, ya que él mismo es el único que en un momento de relativa mejoría de sus facultades, explicó algunas cosas, pero nada relativo a este punto.- Por tal motivo, el Médico de Guardia que lo recibió, no pudo hacer sino limitadas anotaciones, tales como: "Como no habla español, se dificulta el reconocimiento.- Facultades mentales debilitadas, etc."- Más como llegó procedente de la Penitenciaría del D. F. fué internado en el Pabellón de Peligrosos, donde fué objeto de estrecha observación y estudio, sobre lo cual consta lo siguiente: "a su ingreso contestó algunas preguntas con movimientos de cabeza afirmativos o negativos.- Voluntariamente se encerraba en una celda, sin querer platicar con nadie, ni tener relación de ninguna especie y en un estado de inactividad completa, como de somnolencia"... "Después salió con frecuencia al patio, pero siempre retraído y sumido en un mutismo absoluto, sin importarle nada el medio que le rodeaba, ni aun su misma persona.- A la hora de los alimentos, espera pacientemente a que le den, sin pedir ni molestar a nadie, pero como con apetito, casi con voracidad".-

Mas un buen día, notaron que hablaba en español y refirió que trabaja en un café (sin decir cual) en donde le daban su sueldo en tequila (una botella día

ria), tomando, por lo tanto, diariamente y no comiendo casi nada".- Después siguió en su mutismo habitual.-

Posteriormente fué trasladado al Pabellón en que actualmente se halla y efectuada la reacción de Wassermann en el suero sanguíneo y en el L. C. R., se encontró francamente positiva, tratandosele en seguida como específico, sin que por esto, hubieran mejorado sus condiciones patológicas.- Aun se había hecho diagnóstico de P.C.P., el que posteriormente se rectificó (después de mucho tiempo de estudio y observación) señalándose el de demencia precoz catatónica.- Tal manera de ver se fué fundando, aparte de los síntomas al principio citados y del nulo efecto del tratamiento anti-luetico, porque al correr el tiempo hubo de presentar el enfermo el persistente mutismo, retraimiento e indiferencia ya citados; cuando se le interrogaba, había que hacerlo repetidas veces, para que diera respuestas, haciéndolo con reticencia y monosílabos; gran tiempo permanecía en una misma actitud, siendo la más frecuente estar de pie, recargado en la pared con la cabeza baja y los brazos caídos a lo largo del cuerpo; se principió a observar la presencia de edemas en las dos extremidades inferiores, llegando también a tener crisis de sugestibilidad con flexibilidad cerea que alternaban con negativismo.-

ESTADO ACTUAL.- Nada habrá que agregar al cuadro acabado de describir, cada síntoma persiste más o menos bien destacado y claro, tanto es así que, por ejemplo, el estado de introversión y de desconexión con el medio ambiente, tocó el interés y la curiosidad de otro compañero de asilo, de no muy escasa cultura, ni muy perturbado juicio, quien nos dijo: "éste, (refiriéndose a Sinko), vive en constante extasis".- Por lo demás, en el momento de examinar al paciente, se nos presenta tranquilo, indiferente como de costumbre, mudo, inmóvil, a ninguna pregunta contesta hablando; apenas mueve afirmativamente o negando, la cabeza, cuando se le ofrece un cigarro, al

preguntarle si desea ir a Cantón, a donde nació, o si quiere comer o dormir, etc., mas su semblante para nada cambia, son inalterables su silencio y su expresión facial.- Con ademanas da a entender que ignora la edad que tiene, pero que comprende lo que se le pregunta en español.- Con movimientos negativos de su cabeza da a entender que no viven sus padres y que no tiene ni hermanos ni hijos.- Mas a pesar de todo, no es fácil hacer una exploración mental completa del enfermo, dándonos por satisfechos con lo anotado para tener una idea de cómo está el psiquismo de este subdito Chino.-

EXPLORACION FISICO-FUNCIONAL.- En el cráneo, - cuello y tórax, nada de importancia.- En el abdomen encontramos la característica espasticidad de los músculos de las paredes, lo cual, como en los demás casos presentados en esta tesis, nos impide o dificulta la palpación, y percutiendo encontramos todo normal.- Los miembros superiores e inferiores son normales, presentando únicamente estos últimos, ligera cianosis y edema.- 84 pulsaciones por minuto.- MOTILIDAD.- Existe la característica espasticidad muscular generalizada de estas enfermos, aunque en este no es muy intensa.- Los movimientos pasivos se verifican con más facilidad en la flexión que en la extensión de las extremidades, pues opone mayor resistencia para la verificación de esta última.- SENSIBILIDAD se puede explorar poco desde el punto de vista relativo al tacto y la temperatura por el estado mental del enfermo, y, por lo que se refiere al dolor, al hacerle la aplicación de inyecciones subcutáneas o intravenosa, etc., no da muestras de mayor sensación dolorosa.- No hay fenómenos generales.-

ANALISIS DE LABORATORIO

Reacción de Wassermann en el suero sanguíneo, positiva intensa.- En el L. C. R., positiva franca.- Noguchi, positiva.- Lango, 2233211100.- Albúmina ---

0 grms. 60.- Leucocitos, 7 por milímetro cúbico.-

Análisis completo de orina.- Volumen en 24 horas, -
1,500 grms.- Color, Vogel III.- Olor, sui generis.-
Aspecto, transparente.- Consistencia, fluída.- Reac-
ción, ácida.- Densidad, 1,019.- Sedimento, nulo.-
Urea, 15.50 p.mil.- Fosfatos, 24 p.mil.- Cloruros -
11 grms. 90 p.mil.-

PRUEBAS DE INSUFICIENCIA HEPATICA

FUNCION GLUCOGENICA

Prueba de la glicemia. (Folin-Wu) Labbé.-

En ayunas	- - - - -	- 1 grms. 111 p.mil.
30' después de ingerir 250 grms. de glucosa en 250 grms. de agua	- - - 1 "	426 " "
60' " " " " " " " " " "	- - - 1 "	080 " "
90' " " " " " " " " " "	- - - 0 "	914 " "

FUNCION PROTEICA

Prueba de la hemoclasia digestiva.-
(Widal, Abrami y Iancovezco).-

Tiempo de coagulación.-

En ayunas	- - - - -	- 10'
30' después de ingerir 250 grms. de leche		4'
60' " " " " " " " " " "		2'
90' " " " " " " " " " "		6' 30"

Recuento de leucocitos
por milímetro cúbico.-

En ayunas	- - - - -	9,500
30' después de ingerir 250 grms. de leche		9,100
60' " " " " " " " " " "		5,500
90' " " " " " " " " " "		6,500

Fórmula leucocitaria.-

En ayunas.-

Neutrófilos	65	%	Linfocitos	28	%
Basófilos	0	%	Monocitos	2	%
Eosinófilos	3	%	Metamielocitos	2	%

30' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	67	%	Linfocitos	20	%
Basófilos	0	%	Monocitos	3	%
Eosinófilos	5	%	Metamielocitos	0	%

60' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	71	%	Linfocitos	22	%
Basófilos	0	%	Monocitos	4	%
Eosinófilos	2	%	Metamielocitos	1	%

90' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	77	%	Linfocitos	22	%
Basófilos	0	%	Monocitos	1	%
Eosinófilos	0	%	Metamielocitos	0	%

FUNCION ANTITOXICA

Prueba del rosa de bengala. (Epstein).-

a los 16' después de la inyección, 15 % del rosa de bengala en el plasma.-

FUNCION TROMBOPEXICA O FIBRINOPOYETICA

Tiempo de coagulación 10' (Proc. de Millian).-
Tiempo de sangrado 14' (Prueba de Duke).-

FUNCION BILIARIA

Urobilinuria, positiva.-

Sales biliares en la orina, positiva.-

OBSERVACION No. 10.-

G. C. del Pabellón de enfermos Mentales diversos, Sec. la., de 25 años de edad, soltero, oficinista, originario y vecino de la ciudad de México.- Ingresó al Manicomio General el mes de marzo de 1926.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.- No hay datos.-

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS.- Padeció blenorragia complicada de orquiepididimitis, sarampión, coqueluche y varicela.- Acostumbra muy poco el alcohol y el tabaco llegando alguna vez a fumar "Canabis indica".-

PADECIMIENTO ACTUAL.- Se notaron los primeros síntomas el mes de septiembre de 1925, internándosele al mes siguiente, por primera vez, en el Manicomio, y sus familiares atribuyen su psico-patía, al género de vida disipada del enfermo, siendo lo que primeramente se observó: "risas inmotivadas, luego se sentaba junto al brasero de la cocina, con la cabeza baja, en ocasiones en actitud de indiferencia" Y el médico de guardia que recibió al paciente el día de su ingreso, continúa agregando: "Ha dado muestras de estar continuamente fastidiado y se entretiene en molestar a sus hermanos cuando duermen. Ha tenido algunas impulsiones psico-motrices.- Se presenta tranquilo, contesta bien al interrogatorio, notándose alguna desorientación en el tiempo".- Como se ve, son reducidos los datos apuntados en la hoja de ingreso; mas en el Pabellón de Observación fueron más explícitos, anotando que la causa de la psico-patía la atribuye la familia del paciente al uso que éste llegó a hacer de "Canabis indica", y se aclara que el enfermo permanecía mucho tiempo escondido debajo del brasero de su casa y que perdía paulatinamente la memoria.- En los primeros días de su permanencia del citado Pabellón "estuvo en estado depresivo, silencioso, llorando con frecuencia, adoptaba cambiadas actitudes, las que una vez tomadas persistía en ellas; la más constante consistía-

OBSERVACION No. 10.-

G. C. del Pabellón de enfermos Mentales diversos, Sec. la., de 25 años de edad, soltero, oficinista, originario y vecino de la ciudad de México.- Ingresó al Manicomio General el mes de marzo de 1926.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.- No hay datos.-

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS.- Padeció blenorragia complicada de orquiepididimitis, sarampión, coqueluche y varicela.- Acostumbra muy poco el alcohol y el tabaco llegando alguna vez a fumar "Cannabis indica".-

PADECIMIENTO ACTUAL.- Se notaron los primeros síntomas el mes de septiembre de 1925, internándosele al mes siguiente, por primera vez, en el Manicomio, y sus familiares atribuyen su psicopatía, al género de vida disipada del enfermo, siendo lo que primeramente se observó: "risas inmotivadas, luego se sentaba junto al brasero de la cocina, con la cabeza baja, en ocasiones en actitud de indiferencia" Y el médico de guardia que recibió al paciente el día de su ingreso, continúa agregando: "Ha dado muestras de estar continuamente fastidiado y se entretiene en molestar a sus hermanos cuando duermen. Ha tenido algunas impulsiones psico-motrices.- Se presenta tranquilo, contesta bien al interrogatorio, notándose alguna desorientación en el tiempo".- Como se ve, son reducidos los datos apuntados en la hoja de ingreso; mas en el Pabellón de Observación fueron más explícitos, anotando que la causa de la psicopatía la atribuye la familia del paciente al uso que éste llegó a hacer de "Cannabis indica", y se aclara que el enfermo permanecía mucho tiempo escondido debajo del brasero de su casa y que perdía paulatinamente la memoria.- En los primeros días de su permanencia del citado Pabellón "estuvo en estado depresivo, silencioso, llorando con frecuencia, adoptaba cambiadas actitudes, las que una vez tomadas persistía en ellas; la más constante consistía-

en arrodillarse con una sola rodilla y con la otra pierna flexionada, apoyando el pie sobre el suelo, descansaba su cabeza en ésta, dejando caer un brazo en actitud de abandono.- Y duraba mucho en tales condiciones, manifestando profundo disgusto si se le quitaba de ellas.- Un día amaneció en estado de marcada excitación psico-motriz, al grado que hubo de recurrirse a la camisa de fuerza, continuándose después la repetición de estos estados.- En el examen psíquico que entonces se le hizo, se consigno textualmente: "Desorientación en tiempo.- Dispnea, Amnesia lacunar.- Pérdida de la afectividad.- Catatonía. Estereotipias.- Negativismo y sugestibilidad alterante!"-

Después presentó alguna remisión, apareciendo más tarde marcada tendencia a la fuga.- Alguna vez, en atención a sus buenas condiciones, se le concedió permiso para visitar en su casa a sus familiares, permaneciendo con ellos 30 días, al cabo de los cuales reingresó al establecimiento gravemente excitado y con manerismos y estereotipias más acentuados, insomne, con sitiofobia y cleptomanía.- En tales condiciones y con agravamientos y estados de remisión alternantes, ha llegado el enfermo al siguiente:-

ESTADO ACTUAL.- Se presenta tranquilo, pero su porte nos produce la impresión de que sufre gran abatimiento: los brazos caídos y la cabeza fuertemente inclinada hacia adelante, llevando el sombrero echado sobre las cejas, casi en los ojos, no quiere mirar por nada a su interlocutor, tiene los brazos rígidos y es difícil hacer que los cambio de posición. Bien se pudiera pensar que tenemos ante nosotros un enfermo atacado de psicosis maniaco-depresiva, en estado de melancolía; pero oportunamente descubrimos muy por debajo del caído sombrero unos labios que inmotivadamente comienzan a sonreír y como se inició la sonrisa, así termina súbitamente.- Conversamos con el enfermo, quien a diferencia de los otros consignados en las demás historias clínicas de esta tesis, nos contesta con menos retisencias y menos es --

fuerzos; aunque menudean los momentos en que tenemos que reiterar nuestras preguntas para obtener contestación.- Nos manifiesta deseos de que lo saquen a pasear "alguna de sus hermanitas" y que con tal objeto a procurado mejorar su comportamiento; pero, en cambio, no sabe decirnos en qué fecha ingresó a este -- Frenocomio.- Y hablamos de varios asuntos: que duerme bien, que come con apetito, da las gracias por un cigarro que se le obsequia y aun saca fósforos para ofrecerlos a su interlocutor; es demasiado correcto, pero insiste en sonreír sin motivo y conversar de--- asuntos que no vienen al caso, en relación con lo -- que se está platicando.- Al fin nos despedimos y nos recuerda que no olvida su deseo de salir a pasear, - encareciéndonos obtengamos una orden para tal objeto.

EXPLORACION FISICO-FUNCIONAL.- Cráneo, cuello, - tórax y abdomen, normales.- Las extremidades sólo re- velan ligera espasticidad muscular y hay un pulso de 84 por minuto, los reflejos perfectamente normales.- MOTILIDAD.- Como todos nuestros enfermos presentados en este trabajo, presenta el estado espástico muscular generalizado, no muy intenso pero suficiente para dificultar los movimientos pasivos y entorpecer - los activos.- LA SENSIBILIDAD está disminuída al dolor, y no fué fácil hacer la exploración a la temperatura y al tacto.- No existen fenómenos generales.-

EXAMENES DE LABORATORIO

PRUEBAS DE INSUFICIENCIA HEPATICA

FUNCION GLUCOGENICA

Pruebas de la glicemia (Folin-Wu) Labbé.-

En ayunas - - - - -	- 1 gr.	209	p.mil.
30' después de ingerir 50 grms. de glucosa en 250 grms. de agua - - - -	1 "	600	" "
60' " " " " " " - - - -	1 "	333	" "
90' " " " " " " - - - -	1 "	111	" "

FUNCION PROTEICA

Prueba de la hemoclasia digestiva.-

(Widal, Abrami y Iancovezco).-

Tiempo de coagulación.-

En ayunas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4'
30' después de ingerir 250 grms. de leche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3'
60' " " " " " " " "	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2'
90' " " " " " " " "	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5'

Recuento de leucocitos por milímetro cúbico.-

En ayunas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,600
30' después de ingerir 250 grms. de leche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8,300
60' " " " " " " " "	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,700
90' " " " " " " " "	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,900

Fórmula leucocitaria.-

En ayunas:-

Neutrófilos	70	%	Linfocitos	26	%
Basófilos	0	%	Monocitos	1	%
Eosinófilos	1	%	Metamielocitos	1	%
			Linfoblastos	1	%

30' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	76	%	Linfocitos	29	%
Basófilos	0	%	Monocitos	1	%
Eosinófilos	0	%	Metamielocitos	3	%

60' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	79	%	Linfocitos	15	%
Basófilos	0	%	Monocitos	0	%
Eosinófilos	0	%	Metamielocitos	6	%

90' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	85	%	Linfocitos	9	%
Basófilos	0	%	Monocitos	3	%
Eosinófilos	2	%	Metamielocitos	1	%

FUNCION ANTITOXICA

Prueba del rosa de bengala (Epstein).-

a los 16' después de la inyección, 25 % del rosa de bengala en el plasma.-

FUNCION TROMBOPEXICA O FIBRINOPOYETICA

Tiempo de coagulación 4' (Proc. de Millian).

Tiempo de sangrado 2' 30" (Prueba de Duke).-

RESULTADOS Y ANOTACIONES

En este capítulo se hace una nueva descripción de los resultados obtenidos en el estudio de los enfermos, resultados que ya fueron consignados individualmente en cada historia clínica, lo cual hace -- aparecer como algo redundante esta repetición; mas tal proceder tiene por objeto reunir en serie separada cada una de las pruebas efectuadas y así poder apreciar más fácilmente los resultados y darse cuenta del por qué de las consideraciones que se hacen con motivo de cada grupo de pruebas.--

Así mismo advertiremos que cuando algunas de las observaciones no satisficieron por juzgar que se hubiera cometido algún error al efectuarse los procedimientos, fueron repetidas con el cuidado y precisión que siempre tuvimos por norma en cada una de ellas; de manera que pusimos constante empeño en procurar que se obtuviera la mayor exactitud en los resultados que en este capítulo sometemos a análisis y, a ser posible a intentar darles alguna interpretación.*

F U N C I O N G L U C O G E N I C A

He aquí lo obtenido en el presente trabajo, respecto del estudio del funcionalismo hepático en relación con los hidrocarbonados:-

OBSERVACION No 1.-

0 grms.	603	de glucosa	p.mil	en la sangre,	en ayunas.-
1 "	480	" "	" "	" "	30' desp. ingerir glucosa.
1 "	420	" "	" "	" "	60' " " "
1 "	170	" "	" "	" "	90' " " "

OBSERVACION No. 2.-

0 grms.	504	de glucosa	p. mil	en la sangre,	en ayunas.-
0 "	910	" "	" "	" "	30' desp. ingerir glucosa.
0 "	660	" "	" "	" "	60' " " "
0 "	715	" "	" "	" "	90' " " "

OBSERVACION No. 3.-

0 grms.	689	de glucosa	p.mil	en la sangre,	en ayunas.-
1 "	050	" "	" "	" "	30' desp. ingerir glucosa.
0 "	860	" "	" "	" "	60' " " "
1 "	050	" "	" "	" "	90' " " "

OBSERVACION No. 4.-

0	grms. 769	de glucosa	p.mil	en la sangre,	en ayunas.-	
0	"	"	"	"	30' desp.	ingerir glucosa.
0	"	"	"	"	60'	"
0	"	"	"	"	90'	"

OBSERVACION No. 5.-

0	grms. 769	de glucosa	p.mil	en la sangre,	en ayunas.-	
1	"	400	"	"	30' desp.	ingerir glucosa.
0	"	590	"	"	60'	"
0	"	805	"	"	90'	"

OBSERVACION No. 6.-

0	grms. 714	de glucosa	p.mil	en la sangre,	en ayunas.-	
1	"	600	"	"	30' desp.	ingerir glucosa.
1	"	500	"	"	60'	"
1	"	250	"	"	90'	"

OBSERVACION No. 7.-

0	grms. 588	de glucosa	p.mil	en la sangre,	en ayunas.-	
1	"	250	"	"	30' desp.	ingerir glucosa.
1	"	333	"	"	60'	"
0	"	740	"	"	90'	"

OBSERVACION No. 8.-

0	grms.	620	de glucosa	p.mil	en la sangre,	en ayunas.-	
1	"	706	"	"	"	30' desp.	ingerir glucosa.
2	"	220	"	"	"	60'	"
1	"	082	"	"	"	90'	"

OBSERVACION No. 9.-

1	grms.	111	de glucosa	p.mil	en la sangre,	en ayunas.-	
1	"	426	"	"	"	30' desp.	ingerir glucosa.
1	"	080	"	"	"	60'	"
0	"	970	"	"	"	90'	"

OBSERVACION No. 10.-

1	grms.	209	de glucosa	p.mil	en la sangre,	en ayunas.-	
1	"	600	"	"	"	30' desp.	ingerir glucosa.
1	"	333	"	"	"	60'	"
1	"	111	"	"	"	90'	"

Como se ve, hay una marcada tendencia a la hipoglicemia en las observaciones Nos. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8, conceptuándose las dos restantes como normales en el tenor de glucosa.- Resultados realmente opuestos al tema estudiado, ya que de haber existido insuficiencia franca del hígado, respecto a esta función, debería haberse presentado una hiperglicemia, o, al menos, una tendencia a estar elevada la tasa de la dextrosa en la sangre, en estado de ayuno del sujeto explorado.-

Mas al lado de este hecho negativo, habremos de señalar otro contrario por lo que se refiere a la alza brusca, intensa y rápida de la glicemia alimenticia que parece predominar en todas las observaciones.-

Para estimar tales datos señalaremos el criterio aceptado respecto al tenor fisiológico de glucosa en la sangre.- En este terreno, como varios han sido los investigadores que han estudiado este punto, variadas han sido también las cantidades indicadas; mas de todas ellas se ha sacado el promedio, admitiéndose un número que fluctua en las proximidades de un gramo por mil.-

Establecido lo anterior, vamos ahora a expresar lo que se ha obtenido de la investigación de la glicemia alimenticia.- Como para fijar la cifra anterior, para determinar el aumento normal de la glicemia después de ingerir glucosa, ha habido diversos pareceres, quedando al fin aceptado que en el organismo sano, tal variación es de 40 a 60 centigramos, pues de un gramo por mil en ayunas, asciende la glicemia a un gramo cuarenta o un gramo sesenta después de la ingestión de la glucosa.-

Y es el caso que en las observaciones que nos permitimos exponer en este modesto trabajo, hallamos que de la taza con tendencia a la hipoglicemia o aun con hipoglicemia franca en ayunas, se presenta en ocho de nuestros casos aumentada casi al doble después de ingerir glucosa.-

Por lo que, si juzgamos con el criterio de CLAUDE, SANTENOISE Y TARGOWLA, quienes dicen que en los hepáticos y los endócrinos la hiperglicemia alimenticia es intensa, no nos parecería muy sin fundamento, pensar en la existencia de dichos factores en el desarrollo del fenómeno descubierto en los enfermos estudiados con motivo de esta tesis.-

Hay pues hechos que apoyan, en nuestros casos de observación, la presencia de acción hepática y la de otras glándulas endócrinas en la producción de alteraciones en el papel de los hidrocarbonados en la economía; mas esto no nos autoriza, de alguna manera, a concluir que sea sólo el funcionalismo hepático defectuoso el que determine los trastornos señalados y así, alhagarnos con el pensamiento de que este modesto estudio había sido desarrollado con positivo valor para aclarar el tema propuesto.-

Mas muy por el contrario, ya que el metabolismo de los hidratos de carbono está determinado por funciones sinérgicas de varias glándulas de secreción interna en las que se cuenta el páncreas, el propio hígado, las suprarrenales, la hipófisis, la tiroides, etc. y varios tejidos del organismo, y teniendo en consideración las últimas ideas tendientes a señalar en la hebefreno-catatonía la existencia de trastornos endócrinos, (Reviste Neurologique. Julio de 1930) habremos de satisfacernos con juzgar que los resultados obtenidos en este trabajo, sean si quiera en parte corroboración de ese moderno concepto sobre dicho síndrome mental y, sólo, conceder a la importante glándula hepática la parte que, naturalmente tome en la sinergia glandular que gobierna el metabolismo de los carbohidratos.-

Finalmente y con objeto de ser más completos en las observaciones, y no precisamente tratando de interpretar cuantos datos obtuvimos durante el estudio que hicimos de los enfermos elegidos para la elaboración de este trabajo, habremos de mencionar el hecho importante del apetito exagerado, casi voraz, de los pacientes cuando los teníamos en ayunas para las observaciones coincidiendo precisamen-

te estas circunstancias en los ocho primero en quienes se descubrió la hipoglicemia o cuando menos la tendencia a la baja del tenor de glucosa en la sangre, dato clínico que concuerda justamente con el estado bioquímico de la sangre y que va en apoyo de una tolerancia aumentada a los carbohidratos, lo que agregado al otro hecho de la curva de ascensión rápida con un descenso en las mismas condiciones que lleva la taza de la destrosa sanguínea nuevamente a números bajos y lo cual bien puede tomarse como señal de un consumo rápido de dicho azúcar por el organismo, podemos más fundadamente señalar un "desequilibrio" en el metabolismo de los carbohidratos, frecuente en el síndrome que estudiamos.-

Por último y como nota complementaria, creemos oportuno mencionar que se pensó al iniciarse este trabajo hacer la prueba del "choque glucídico" actualmente en estudio por el Maestro González Guzmán, pero que, por circunstancias muy especiales, no pudimos ponerlo en práctica.- Mencionando esto porque, en atención de todos los hechos acabados de citar, creemos que tal prueba descubierta y estudiada por el citado Maestro y que se emplea o trata de emplearse en la investigación del estado funcional del hígado en relación con la función glucogénica, habría de proporcionar nuevos datos de utilidad, tanto para fundamentar ese mismo procedimiento, así como para dar mayores luces en el estudio del padecimiento mental en que encontramos tales hechos.-

FUNCION PROTEICA

Tiempo de coagulación.-

Casos observados.	En ayunas	Después de ingerir 250 grms. de leche.-		
		a los 30'	a los 60'	a los 90'
No. 1	9'	5'	6'	4'
" 2	12'30"	10'	11'	
" 3	5'	6'	8'30"	6'30"
" 4	11'30"	6'	6'	9'
" 5	6'	5'	4'30"	3'30"
" 6	7'	10'	6'	4'
" 7	14'	13'	14'	
" 8	6'30"	5'	6'	
" 9	10'	4'	2'	6'30"
" 10	4'	3'	2'	5'

Recuento de leucocitos por milímetro cúbico.-

Casos observados.	En ayunas	Después de ingerir 250 grms. de leche.		
		a los 30'	a los 60'	a los 90'
No. 1	15,000	14,100	12,200	18,400
" 2	15,200	18,100	21,800	
" 3	12,600	17,100	20,500	14,100
" 4	18,700	16,800	26,000	19,100
" 5	10,100	11,700	12,700	13,800
" 6	12,800	10,100	11,100	10,200
" 7	10,300	22,100	28,700	
" 8	21,100	19,800	15,100	
" 9	9,500	9,100	5,500	6,500
" 10	9,600	8,800	7,700	9,900

Fórmula leucocitaria.-

Observación No. 1.-

En ayunas.-

Neutrófilos	84	%	Linfocitos	9	%
Basófilos	0	%	Monocitos	2	%
Eosinófilos	0	%	Metamielocitos	5	%

30' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	72	%	Linfocitos	20	%
Basófilos	1	%	Monocitos	2	%
Eosinófilos	0	%	Metamielocitos	5	%

60' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	80	%	Linfocitos	17	%
Basófilos	0	%	Monocitos	1	%
Eosinófilos	1	%	Metamielocitos	1	%

90' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	80	%	Linfocitos	13	%
Basófilos	0	%	Monocitos	4	%
Eosinófilos	1	%	Metamielocitos	2	%

Observación No. 2.-

En ayunas.-

Neutrófilos	76	%	Linfocitos	20	%
Basófilos	0	%	Monocitos	2	%
Eosinófilos	1	%	Metamielocitos	1	%

30' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	72	%	Linfocitos	21	%
Basófilos	0	%	Monocitos	4	%
Eosinófilos	1	%	Metamielocitos	2	%

60' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	70	%	Linfocitos	21	%
Basófilos	0	%	Monocitos	5	%
Eosinófilos	3	%	Metamielocitos	1	%

Observación No. 3.-

En ayunas.-

Neutrófilos	78	%	Linfocitos	9	%
Basófilos	0	%	Monocitos	6	%
Eosinófilos	5	%	Metamielocitos	2	%
30' después de ingerir 250 grms. de leche.-					
Neutrófilos	81	%	Linfocitos	12	%
Basófilos	0	%	Monocitos	3	%
Eosinófilos	0	%	Metamielocitos	4	%
60' después de ingerir 250 grms. de leche.-					
Neutrófilos	91	%	Linfocitos	7	%
Basófilos	0	%	Monocitos	1	%
Eosinófilos	0	%	Metamielocitos	1	%
90' después de ingerir 250 grms. de leche.-					
Neutrófilos	87	%	Linfocitos	9	%
Basófilos	0	%	Monocitos	2	%
Eosinófilos	0	%	Metamielocitos	2	%

Observación No. 4.-

En ayunas.-

Neutrófilos	79	%	Linfocitos	11	%
Basófilos	0	%	Monocitos	3	%
Eosinófilos	5	%	Metamielocitos	1	%
			Linfoblastos	1	%
30' después de ingerir 250 grms. de leche.-					
Neutrófilos	83	%	Linfocitos	5	%
Basófilos	0	%	Monocitos	1	%
Eosinófilos	10	%	Metamielocitos	1	%
60' después de ingerir 250 grms. de leche.-					
Neutrófilos	96	%	Linfocitos	3	%
Basófilos	0	%	Monocitos	0	%
Eosinófilos	0	%	Metamielocitos	1	%
90' después de ingerir 250 grms. de leche.-					
Neutrófilos	79	%	Linfocitos	8	%
Basófilos	0	%	Monocitos	1	%
Eosinófilos	11	%	Metamielocitos	1	%

Observación No. 5.-

En ayunas.-

Neutrófilos	70	%	Linfocitos	27	%
Basófilos	0	%	Monocitos	1	%
Eosinófilos	0	%	Metamielocitos	2	%

30' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	78	%	Linfocitos	15	%
Basófilos	0	%	Monocitos	2	%
Eosinófilos	2	%	Metamielocitos	3	%

60' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	87	%	Linfocitos	9	%
Basófilos	0	%	Monocitos	0	%
Eosinófilos	2	%	Metamielocitos	2	%

90' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	80	%	Linfocitos	13	%
Basófilos	0	%	Monocitos	2	%
Eosinófilos	3	%	Metamielocitos	2	%

Observación No. 6.-

En ayunas.-

Neutrófilos	68	%	Linfocitos	24	%
Basófilos	0	%	Monocitos	4	%
Eosinófilos	3	%	Metamielocitos	0	%
			Linfoblastos	1	%

30' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	79	%	Linfocitos	12	%
Basófilos	0	%	Monocitos	4	%
Eosinófilos	1	%	Metamielocitos	3	%
			Linfoblastos	1	%

60' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	82	%	Linfocitos	6	%
Basófilos	0	%	Monocitos	9	%
Eosinófilos	0	%	Metamielocitos	3	%

90' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	80	%	Linfocitos	11	%
Basófilos	0	%	Monocitos	2	%
Eosinófilos	1	%	Metamielocitos	6	%

Observación No. 7.-

En ayunas.-

Neutrófilos	82	%	Linfocitos	9	%
Basófilos	0	%	Monocitos	4	%
Eosinófilos	1	%	Metamielocitos	4	%

30' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	68	%	Linfocitos	22	%
Basófilos	1	%	Monocitos	8	%
Eosinófilos	1	%	Metamielocitos	0	%

60' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	79	%	Linfocitos	18	%
Basófilos	0	%	Monocitos	2	%
Eosinófilos	1	%	Metamielocitos	0	%

Observación No. 8.-

En ayunas.-

Neutrófilos	79	%	Linfocitos	11	%
Basófilos	1	%	Monocitos	4	%
Eosinófilos	1	%	Metamielocitos	4	%

30' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	80	%	Linfocitos	15	%
Basófilos	0	%	Monocitos	2	%
Eosinófilos	1	%	Metamielocitos	2	%

60' después de ingerir 250 grms. de leche.-

Neutrófilos	82	%	Linfocitos	14	%
Basófilos	0	%	Monocitos	3	%
Eosinófilos	0	%	Metamielocitos	1	%

Observación No. 9.-

En ayunas.-

Neutrófilos	65	%	Linfocitos	28	%
Basófilos	0	%	Monocitos	2	%
Eosinófilos	3	%	Metamielocitos	2	%
30' después de ingerir 250 grms. de leche.-					
Neutrófilos	67	%	Linfocitos	20%	
Basófilos	0	%	Monocitos	8	%
Eosinófilos	5	%	Metamielocitos	0	%
60' después de ingerir 250 grms. de leche.-					
Neutrófilos	71	%	Linfocitos	22	%
Basófilos	0	%	Monocitos	4	%
Eosinófilos	2	%	Metamielocitos	1	%
90' después de ingerir 250 grms. de leche.-					
Neutrófilos	77	%	Linfocitos	22	%
Basófilos	0	%	Monocitos	1	%
Eosinófilos	0	%	Metamielocitos	0	%

Observación No. 10.-

En ayunas.-

Neutrófilos	70	%	Linfocitos	26	%
Basófilos	0	%	Monocitos	2	%
Eosinófilos	1	%	Metamielocitos	1	%
30' después de ingerir 250 grms. de leche.-					
Neutrófilos	67	%	Linfocitos	29	%
Basófilos	0	%	Monocitos	1	%
Eosinófilos	0	%	Metamielocitos	3	%
60' después de ingerir 250 grms. de leche.-					
Neutrófilos	79	%	Linfocitos	15	%
Basófilos	0	%	Monocitos	0	%
Eosinófilos	0	%	Metamielocitos	6	%
90' después de ingerir 250 grms. de leche.-					
Neutrófilos	85	%	Linfocitos	9	%
Basófilos	0	%	Monocitos	3	%
Eosinófilos	2	%	Metamielocitos	1	%

Llegó el momento de analizar los resultados-- que nos dieron las pruebas encaminadas a explorar el estado de la función proteica; mas antes de expresarlos y hacer su análisis, recordemos la manera de estimar las cantidades obtenidas.-

Tenemos en primer término el tiempo de coagulación; éste, cuando la prueba es positiva, debe revelar un alargamiento del tiempo.-

De acuerdo con esto, según vemos en el cuadro respectivo, se obtuvieron positivas solamente las pruebas de los casos 3, 7 y 8.-

En cuanto al recuento leucocitario, cuando la prueba de la hemoclasia revela un disfuncionamiento hepático por lo que ve a la función que se disocia, debe traducir una leucopenia, pues, como sabemos, lo normal es un aumento de glóbulos blancos -- después de una comida con substancias azoadas.-

Con tal modo de ver, nos damos cuenta que presentaron disminución de leucocitos únicamente los casos 1, 4, 6, 9 y 10, por lo tanto no concuerdan con los resultados del tiempo de coagulación.-

Nos resta hacer mención de la fórmula leucocitaria, esta, cuando la prueba resulta positiva debe invertirse, es decir, aumentar el número de mononucleares y disminuir el de los polinucleares, pues en el estado normal se verifica el fenómeno contrario.-

Véase que este factor de la prueba, en nues -- tras observaciones solamente en dos casos fué positivo, en el 1 y en el 2.-

Nos encontramos ahora en la dificultad de hacer las interpretaciones, pues no coincidiendo entre sí lo positivo del resultado de cada uno de los factores, nos vemos en la imposibilidad de poder -- ser concretos en lo positivo o negativo de los resultados.- Mas existe un modo, a nuestra manera de ver, de allanar, en parte, el trabajo de la clasificación, y es que se juzga que el factor más decisivi-

vo es el recuento leucocitario, pues que bien puede conceptuarse como positivo el caso que presente leucopenia.- Lo que nos da razón para juzgar cómo positivos los resultados de los casos 1, 4, 6, 9 y 10 -- que presentaron disminución de los leucocitos.-

Creemos oportuno expresar en este párrafo que -- no obstante que señalamos en el capítulo de "Fundamentos del presente estudio" las tres partes que -- constituye la función azoada (fijación, transformación y combinación) y que, existiendo para cada una de ellas un procedimiento para investigar su estado funcional, nos limitamos a efectuar solamente la -- prueba de la hemoclasia digestiva en virtud de que -- siendo esta muy sensible para revelar cualquier alteración de la función proteica y, además, ya que la prueba del rosa de bengala, puede asimilarse, en alguna forma al poder de fijación de sustancias extrañas en el hígado, juzgamos, (dadas ciertas circunstancias que nos impidieron extendernos mas en el presente trabajo) serían suficientes para dar idea del estado de dicha función; pero no se juzgue que descuidadamente omitimos el estudio del coeficiente azotúrico que visa, preferentemente, con la parte relativa a la transformación de los proteicos, pues el -- no haberlo estudiado se debió, más que a todo a condiciones difíciles que nos hicieron tomar tal determinación.-

FUNCION ANTITOXICA

Prueba del Rosa de Bengala.

Casos
observados.

Tanto por ciento de rosa de bengala hallado en el plasma sanguíneo 16' después de la inyección intravenosa de 100 miligramos de dicho colorante.-

No.	1.-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40	%
"	2.-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	%
"	3.-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	%
"	4.-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70	%
"	5.-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	%
"	6.-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	%
"	7.-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	%
"	8.-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	%
"	9.-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	%
"	10.-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	%

Como para todas las pruebas que presentamos en este modesto trabajo de investigación, habremos de señalar los datos necesarios para estimar los resultados obtenidos.- En tal virtud, recordaremos que cuando se inyecta rosa de bengala a la dosis señalada por el autor de la prueba, debe encontrarse en la circulación de los individuos normales a los 16' después de haber inyectado el colorante, aproximadamente el 25 %, pues es alrededor de esta cantidad que se halla la retención de la substancia cuando el hígado funciona normalmente.-

Con tales puntos de vista y atendiendo al cuadro escrito más arriba, vemos que solamente resultaron positivas las pruebas de los casos 1 y 4.-

Juzgamos que lo mínimo de los casos positivos, obvia toda discusión o consideraciones sobre el particular.-

FUNCION TROMBOPEXICA O FIBRINOPEYETICA

Casos observados	Tiempo de coagulación	Tiempo de sangrado.-
No. 1.-	9'	5'
" 2.-	12'30"	4'
" 3.-	5'	5'
" 4.-	11'	4'
" 5.-	6'	6'
" 6.-	7'	4'
" 7.-	14'	4'30"
" 8.-	6'	3'
" 9.-	10'	14'
" 10.-	4'	2'30"

Para estimar los anteriores resultados habre--
mos de recordar el criterio aceptado sobre el tiem--
po medio de coagulación y de sangrado, que es para --
el primero de 6 a 10 minutos y para el segundo apro--
ximadamente de 3 minutos, lo cual quiere decir que--
toda cifra obtenida por encima de las cantidades se--
ñaladas, puede estimarse como patológica.-

En nuestras observaciones encontramos positi--
vos en cuanto al tiempo de coagulación, solamente --
los casos 2, 4 y 7; en cambio el de sangrado se des--
cubrió anormal en ocho casos, pues se hallaron sin--
alteración únicamente el 8 y el 10, lo que está de--
acuerdo con la manera de juzgar de los autores que--
han hecho estudios especiales sobre la materia y en--
tre ellos contamos a Fiessinger quien textualmente--
dice, refiriéndose a estas pruebas: "A nuestra mane--
ra de ver el tiempo de sangrado es el mas frecuente
(en alterarse), después viene el retardo de coagula--
ción con irretractibilidad del coágulo; la redisolu--
ción del coágulo, como el signo de la lazada, perte--
necen a las grandes insuficiencias hepáticas, pero--
tanto unos como otros pueden faltar".-

Palabras estas que nos afirman en dos cosas:-
1ª Que la relación encontrada por nosotros de un --- tiempo y otro, está de acuerdo con las anotaciones hechas por respetables investigadores y, 2ª Que de acuerdo con el autor citado, al mismo tiempo que con secuentes con los puntos de vista generales que al fin de este trabajo hacemos respecto al funcionalismo hepático en los enfermos como los que estudiamos, siendo el tiempo de sangrado en primer término el -- más frecuente en las alteraciones ligeras del funcionalismo del hígado y en seguida el de coagulación, y existiendo tal relación en los casos nuestros, podemos más o menos acertadamente pensar en un ligero disfuncionamiento de la glándula generadora de glucógeno, determinante del síndrome hemocrásico encontrado.-

FUNCION BILIAR.

Casos observados	Urobilinuria	Sales biliares en la orina.-
No. 1.-	normal	positiva
" 2.-	aumentada	positiva
" 3.-	aumentada	positiva
" 4.-	normal	negativa
" 5.-	aumentada	positiva
" 6.-	aumentada	negativa
" 7.-	aumentada	positiva
" 8.-	normal	negativa
" 9.-	aumentada	positiva
" 10.-	normal	negativa

Antes de hacer algún comentario sobre los resultados obtenidos en las pruebas de exploración de la función biliar, conviene acudir al capítulo de "Fundamentos del presente trabajo" y recordar lo que, -- respecto esta función, se dijo a modo de advertencia sobre el por qué de la importancia de su estudio y -

la manera de estimar la suficiencia o insuficiencia de esta función, así como el significado de su estado patológico en relación con el conjunto de las funciones hepáticas

Dos cosas investigamos para explorar la función bilgénica del hígado: la presencia en la orina de sales biliares y el aumento anormal de la urobilina, habiéndose obtenido los resultados expuestos a la cabeza de este párrafo y que, como vemos nos revelan aumento anormal de la urobilina en los casos 2, 3, 5, 6, 7 y 9, es decir, más del 50 % e igual porcentaje por lo que ve al paso de las sales a la orina; pues la reacción de Hay fué positiva en las observaciones 1, 2, 3, 5, 7 y 9, por lo que comparando un hecho con otro, vemos que coinciden entre sí en cinco casos que son: el 2, el 3, el 5, el 7 y el 9, siendo disím-bolos en el 1 y en el 6.-

Lo que nos hace considerar, ya que pasa del 50% el número de pruebas positivas, que tiende a ser constante el estado anormal de la función biliar en los pacientes de la naturaleza de los estudiados en esta tesis.-

hoy se admite que la sífilis es una causa bastante importante en la etiología de las cirrosis.- Pero sobre todo la asociación alcoholo-sifilítica es la que debe figurar a la cabeza.-

Según el Dr. Rojas, yendo de las más frecuentes a las más raras, se daría primero la causa alcoholo-sifilítica, luego al alcohol

RESUMEN GENERAL DE LOS RESULTADOS

Hemos ya analizado separadamente los resultados obtenidos sobre el estado de cada función hepática de las aquí estudiadas,- Toca ahora, en una mirada de conjunto, hacer algunas consideraciones generales, las que se anotan en el cuadro siguiente:-

Casos observados	Funciones			
	Glucogenica	Azoadagenica	Antitóxica	sanguínea-biliar
No.1.-	alterada.	alterada.	alterada	x -
" 2.-	x -	normal	alterada	alterada.
" 3.-	x -	normal	alterada	alterada.
" 4.-	alterada	alterada.	alterada	normal
" 5.-	x -	normal	alterada	alterada.
" 6.-	alterada.	normal	alterada	x -
" 7.-	x -	normal	alterada	alterada.
" 8.-	x -	normal	normal	x -
" 9.-	alterada.	normal	alterada	alterada.
"10.-	alterada.	normal	normal	x -

A pesar de lo aparentemente discordante de los resultados que obtuvimos, podemos aceptar que, en una manera global, el hígado de los enfermos sometidos a estudio con motivo de esta tesis, se halla alterado en sus funciones.- Es cierto que en unos casos es la función proteica, en otros la biliar, en otros la sanguínea, etc., la que está alterada; mas esto no resta valor a lo dicho si recordamos que, como se expresó, no es condición "sine qua non" que sea tal o cual o tales o cuales funciones las anormales para asegurar que existe un disfuncionamiento hepático, sino que éste puede traducirse por la alteración de una sola de sus funciones, y, no sólo, sino que como se dijo, hay ocasiones que en muy corto intervalo se van alterando alternativamente cada una de ellas, hecho plenamente confirmado y que ha sido motivo para determinar a que Noël Fiessinger hablo de "instantáneas hepáticas", es decir, que es necesario se investigue el funcionalismo del hígado, completo en todas sus funciones explorables hoy día, dentro del más breve lapso de tiempo que permita la naturalaleza de las pruebas empleadas.-

En vista de lo acabado de expresur, conviene hacer mención de las observaciones clínicas que datando de épocas muy antiguas las primeras, se han confirmado en nuestros días y que son la coexistencia de trastornos mentales en hepáticos; citando al efecto varios casos de esta naturalaleza que últimamente el señor Doctor Gastón Melo envió a la clínica particular de psiquiatría del señor Doctor Guevara Oropeza y que el primero de los profesionistas citados, especialista en padecimientos del aparato digestivo, tuvo oportunidad de ir viendo desarrollarse la sintomatología mental en los citados enfermos que él atendía de una afección hepática.-

En este mismo párrafo conviene tratar, aunque fuera del tema de la presente tesis, otros datos arrojados por la observación de los enfermos que se estudiaron, lo que justifica que se citen algunas alteraciones hematológicas que aparecieron cuando se

manipulaba con la sangre haciendo el estudio de las pruebas de funcionalismo hepático.- Pero, habremos de expresar, que no se intenta hacer un estudio hematológico, sino únicamente para ser completos, deseamos insertar tales datos.-

En la parte respectiva de este estudio, se ve en primer término la linfocitosis dominante en casi el total de enfermos de los observados, pues mientras que son 7,000 los leucocitos por milímetro cúbico en estado normal, aparecen en los casos 9 y 10, 9,000 leucocitos y en los demás sobrepasan 10,000 llegando alguno hasta los 21,000.- Esto, naturalmente, durante el ayuno del sujeto explorado.-

Y si vamos analizando más, descubrimos que la fórmula leucocitaria nos da un exceso de neutrófilos, los mononucleares existen muy por abajo de la cifra de la fórmula leucocitaria normal.- De todos los casos solamente el 9 y el 10 son los que presentan más aproximadamente las proporciones fisiológicas.-

Encontramos eosinofilia en las observaciones 3-4, 6 y 9, en las dos primeras con el 5 % y las otras con el 3 %, teniendo de característico la número 4 el aumento notable que aparece de eosinófilos en los siguientes frotis hechos después de ingerida la leche.-

Ya se expresó que por no ser de la índole de este trabajo, ni menos porque se deseara efectuar una exploración hematológica, habrían de tomarse en consideración las anteriores anotaciones; pero ya que surgieron, las expusimos e interpretamos como sigue: la hiperleucocitosis con la fórmula leucocitaria que expresa una franca neutrofilia constante en nuestros enfermos, puede ser la expresión de la lucha del organismo ante un estado infeccioso desconocido para nosotros como existen tantos, y la eosinofilia de los casos 3, 4, 6 y 9, no extraña, pues no hay nada más frecuente en individuos de la clase humilde y campesina, que por muchas circunstancias está expuesta a las contaminaciones parasitarias intestinales, caso que más frecuentemente determina la multiplicación -

de los eosinófilos.- Con especial mención del caso-4 en el que concurre además la dermatosis descrita en la historia clínica respectiva, pues no hay que olvidar que con el parasitismo del tubo digestivo, las afecciones cutáneas son otro de los factores -- que más provoca la eosinofilia.-

NOTA:- En la columna correspondiente a la función glucogénica del cuadro inserto al principio de este párrafo, no hicimos anotación alguna, en vista de conceptuarla en condiciones especiales de acuerdo con lo explicado en las consideraciones hechas -- al calce de los resultados que sobre dicha función hicimos al iniciar el presenta capítulo.-

También conviene aclarar que los signos (x -) escritos en el cuadro citado, tienen por objeto expresar que los resultados obtenidos en aquellas -- pruebas en que se adquieren productos de varios factores, como por ejemplo en la azoada, en la que al verificar la prueba de la hemoclasia, se tiene que atender, entre otras cosas al recuento leucocitario, al tiempo de coagulación, a la fórmula leucocitaria, etc., no son decisivos, sino que resultando unos positivos y otros negativos, no se tiene la seguridad de clasificar la prueba en un sentido o en otro.-

C O N C L U S I O N E S

Lo que habremos de expresar en este capítulo, -- está más o menos esbozado en las consideraciones -- que se hicieron en los anteriores, de tal manera -- que aquí nos limitaremos a hacer un resumen de los -- datos allá mencionados concretándolos al objeto de -- esta parte del presente trabajo.-

En tal concepto, habremos de exponer los si -- guientes puntos de vista:-

I.- Es frecuente un disfuncionamiento hepático ligero en los dementes precoces de forma catatónica.

II.- Tal disfuncionamiento no parece ser electivo de determinada función, sino que, indiferentemente, se revela por alteración de cualquiera de -- las varias que residen en tal órgano.-

III.- Así mismo, se puede decir que existe en estos enfermos un notable desequilibrio en el metabolismo de los hidratos de carbono cuya etiología -- no puede señalarse dada la complejidad de acciones -- que rigen el fenómeno.-

IV.- Se puede, por lo tanto, y solamente de -- una manera general, pensar en un disfuncionamiento de aquellas glándulas endócrinas, centros nerviosos y otros tejidos, que intervienen en el mecanismo -- gluco-regulador de la economía.-

V.- De paso, y sin que nosotros hayamos hecho un estudio especial hematológico de nuestros casos de enfermos catatónicos, debemos señalar la constante hiperleucocitosis que encontramos y la cual queda consignada en el respectivo capítulo.-

VI.- De lo expuesto anteriormente se desprende:

1ª Que en esta clase de enfermos conviene no -- desatender la exploración minuciosa del hígado, para que, según las condiciones funcionales de tal órgano se aplique oportunamente la terapéutica adecuada; 2ª Que, así mismo, se lleve a efecto en ellos -- la exploración del estado funcional del sistema endócrino, haciéndolo individualmente para cada glándula; y 3ª Juzgamos interesante que se siguiera, en

enfermos hepáticos la evolución de su padecimiento-
al mismo tiempo que el estado de su psiquismo en --
las diversas etapas de la afección hepática.-

B I B L I O G R A F I A

- Archivos de Anatomía y Fisiología Grales.
abr. 1930.- México.-
Asociación Médica Argentina, Revista de la
sept, 1927.-art. de Marotta.
Anales Médico-psicológicos. 1921 No. 4.-
Applications pratiques du Laboratoire a
la Clinique.- Dr. E. Agasse-Lafont. 1929.-
Bustos José.- La prueba del rosa de bengala.
Tesis, 1928. México.-
Bernal Flandes. La función antitóxica del hí
gado. Tesis 1928.- México.-
Clinical Laboratory Medicine.- Fleinblatt --
and Eggerth. 1925.-
Fiessinger Noël y Walter Henry.- L'explora -
tion Fonctionnelle du Foie et l'insuffisance hepa -
tique. 1925.-
Encefale L'.- Número junio 1924. "La Concep -
tion Neurologique du syndrome catatonique" P.Gi -
raud.-
Gruhle H.W.- Psychiatrie. 1922.-
Guide M. et Giraud.- Psychiatrie. 1924.-
Gley Eugenio.- Fisiología Humana.-
Hedon.- Fisiología Humana.-
Lagnei et Lavastine.- La pratique Psychia -
trique. 1927.-
Levy-Valenci.- Psychiatrie, 1926.-
Pincunssen Ludwig.- Micrométodos. p. 113.-
Roger y Widal.- Fisiologie du foie et rein 1927.-
Rogeres de Fursac.- Manuel de psychiatrie.
1921.-
Revista Neurológica.- Junio 1921.-
Regis E. Elements de Psychiatrie 1923.-
Revista Neurológica, abril 1927.-
Revista Neurológica, mayo 1927.-
Revista Neurológica, julio 1930.-

Riter von Paul. Zur Patologie Der Dementia Prae
cox Gastrointestinal Störungen ihre Klinische und
Etiologische Bedeutung. 1928.-

Sergent E. Foie et Pancreas.-

Tesis R. Ongay. 1930. México.-

Tesis L. Bulman. 1930. México.-

Zuckerman Conrado. Tesis, 1924, México.-

E R R A T A S

pag.	línea.	dice.	léase.
24	32	dos mil gramos	dos mili- gramos.
28	13	normal pa- tológico.	normal o pa- tológico.-

- - - - -