

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

Propiedad de la
Academia N. de Medicina
de México

SUMARIO

DATOS HISTORICOS SOBRE LOS MANICOMIOS Y LA PSIQUIATRIA EN MEXICO. Por el Dr. Samuel Ramírez Moreno.

¿LA UNICA ETIOLOGIA DE LA TABES Y DE LA P. G. P. ES LA SIFILIS? Por el Dr. Santiago Ramírez.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA MEDICINA LEGAL COMO ESPECIALIDAD. Por el Dr. José Torres Torija.

ENSAYO DE INTERPRETACION DE UN CASO DE SINDROME OBSESIVO. Por Fernando Rébora G.

REVISTA DE REVISTAS. "Contribución al Estudio Clínico de la Malarioterapia en la Infancia". Por el Dr. Manuel Neumann.

NOTAS SINTETICAS

Mayo de 1934

México, D. F.

CLINICA DEL DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

ENFERMEDADES NERVIO-
SAS Y MENTALES

ESPECIAL DEDICACION
AL TRATAMIENTO DE
LA NEUROSIFILIS

1a. Calle de Génova, 39
T E L E F O N O S :
Eric., 4-20-62 Mex., L-22-17
M E X I C O , D . F .



EDIFICIO PRINCIPAL Y EL ANEXO PARA SEÑORAS

REVISTA MEXICANA
DE
PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA
Y
MEDICINA LEGAL

DIRECTOR:

DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

P u b l i c a c i ó n B i m e s t r a l

Volumen I Número 1 Mayo, 1934 México, D. F.

SE SOLICITA EL CANJE CON PUBLICACIONES SIMILARES

Los profesionistas que no reciban esta revista y se interesen por ella, pueden enviar su dirección para que se les remita.

Toda correspondencia dirijase a la Redacción:

Frontera, 122

México, D. F.

LA UNICA MEDICACION RACIONAL EN CASOS DE

*Esquizofrenia, Paranoia, Neurastenia
Sexual, Histeria, Frigidez, Delirium
Tremens, Etc., es*

LA OPOTERAPIA

EN DOSIS MUY ELEVADAS

CON PRODUCTOS FRESCOS

Y BIEN CONTROLADOS

LABORATORIOS

"HORMONA" S. A.

Tiene todos los preparados que el médico necesita en estos tratamientos, en calidad insuperable y hechos de glándulas provenientes de los Rastrros del D. F., y por lo tanto, tan frescos, como nunca ha tenido Ud., Sr. Dr., la ocasión de usarlos:

Unos ejemplos:

OVARIO EXTRAFUERTE "HORMONA"	
Cajas de 6 amps. de 10 gm.	\$ 4.50
TESTICULO EXTRAFUERTE "HORMONA"	
Cajas de 6 amps. de 10 gm.	3.50
CORTIRENAL FUERTE "HORMONA"	
Cajas de 6 amps. de 15 gm.	3.50
CUERPO AMARILLO FUERTE "HORMONA"	
Cajas de 6 amps de 3 gm.	3.50
INSULINA NOVO-HORMONA de 100 unidades.	1.30
INSULINA NOVO-HORMONA de 200 unidades.	2.35
POLIGLANDIN FEM. Y MASC. "HORMONA"	
Cajas de 6 amps. y frascos de 50 tabletas.	2.50

Distribuidores: Dr. E. SOMLO, S. A.

Apartado 2679

México, D. F.

SECCIONES

PSIQUIATRIA

Dres. Samuel Ramírez Moreno y Juan Peón del Valle

NEUROLOGIA

Dres. Adolfo M. Nieto y Santiago Ramírez

MEDICINA LEGAL

Dres. José Torres Torija y José Rojo de la Vega



Ramas Afines

NEURO-ENDOCRINOLOGIA: Dr. Fernando Ocaranza

PSICOANALISIS: Dr. Guillermo Dávila G.

CRIMINOLOGIA: Dr. José Gómez Robleda

NEURO-CIRUGIA: Dres. Conrado Zuckermann y Darío Fernández

HIGIENE MENTAL: Dr. Samuel Ramírez Moreno

PSIQUIATRIA INFANTIL: Dr. Manuel Neumann

PALUDOTERAPIA: Dr. Luis Vargas

TOXICOMANIAS: Dr. Juan Peón del Valle y Varona

FISIOTERAPIA: Dr. Guido Torres Martínez

LABORATORIO: Dres. Luis Gutiérrez Villegas y Alberto Lezama

COMITE DE COLABORACION EN EL DISTRITO FEDERAL, a cargo de los doctores José León Martínez, Arturo Baledón Gil, Antonio Tena Ruiz y Miguel Lavalle.

Comités de Colaboración de los Estados: en formación.

En el exterior se invita principalmente a todos los médicos mexicanos, de manera particular a los especialistas de habla castellana y en general a todos los neuro-psiquiatras que deseen el intercambio.

JEFE DE REDACCION, DR. JUAN PEON DEL VALLE.



SPARTOVAL CLIN

GRAJEAS

Isovalerianato neutro de esparteina

Reg. N° 9247 D. S. P. México

Úsese exclusivamente por prescripción y bajo la
vigilancia médica.

...

**SEDANTE CÁRDIO-VASCULAR
ANTIESPASMÓDICO**

MODERADOR DE LA EXCITABILIDAD REFLEJA

ALGIAS Y TRASTORNOS FUNCIONALES

de las afecciones cardíacas y cardio-vasculares

ESTADOS HIPOSISTÓLICOS y ASISTÓLICOS

durante la evolución de las cardiopatías

TONICO CARDIACO de SOSTENIMIENTO


LABORATOIRES CLIN, COMAR & C^{IE}
20 Rue des Fossés St. Jacques, PARIS.

...

Para la literatura y muestras, dirigirse a la

AGENCIA, 9º de Balderas N° 132

APARTADO N° 1977 MEXICO, D. F.



COMPAÑEROS:

TIEMPO ha que venimos tratando de publicar una revista de carácter científico que se dedique exclusivamente a Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal.

Diversas circunstancias se habían interpuesto para llevar a cabo tales deseos, pero por fin, salvando escollos y dificultades múltiples, hoy se edita el primer número del primer periódico de esta índole en México.

Inútil sería señalar la necesidad que se siente entre nosotros de tener un órgano científico consagrado a estas especialidades, pues las investigaciones que sobre tales ramas de la medicina se realizan en nuestro país, ya son dignas de darse a conocer por medio de publicidad conveniente, única manera de evitar se sigan perdiendo, como hasta hoy ha sucedido, tantas y tantas cosas interesantes que no se catalogan ni recogen: observaciones y estudios realizados por muchos médicos, casos clínicos, resultados obtenidos en la práctica y otras más que sería lamentable continuar dejando en el olvido, pues si aisladamente, en periódicos de medicina general, suelen aparecer algunos artículos, no hemos tenido un órgano de publicidad que concentre sus actividades a estas disciplinas.

Nuestra revista es independiente, formada por la iniciativa privada y ajena a toda liga oficial o particular; es una tribuna humilde donde expresaremos nuestras opiniones, criterio y observaciones sobre problemas y cuestiones propios de las especialidades. No tiene pretensión alguna; sólo desea ser el portavoz de esta clase de estudios entre nosotros; llevar al especialista y al médico general conocimientos que les puedan ser útiles en su práctica y darles la oportunidad para que a su vez den a conocer sus trabajos e investigaciones; ser, en fin, la primera piedra que más tarde pueda convertirse en edificio, cuando el entusiasmo por tales asuntos se acreciente en México.

Muchos serán sus defectos y sus errores; creará críticas y censuras; pero, a ese pesar, siempre constituirá un esfuerzo de los que la hemos formado, sin otras miras que el interés de difundir las adquisiciones científicas que con ella tengan relación.

LABORATORIO MEDICO
DEL
Dr. Luis Gutiérrez Villegas

○
Todos los exámenes
de laboratorio apli-
cables a la clínica.

○
Teléfonos: Mex., L-76-56 - - Eric., 6-16-31
Ramón Guzmán, 101. - - México, D. F.

EXCELENTE ANTIDISPEPTICO. Pero, además, en FEBRICITANTES,
EPIDROTICOS, POLIURICOS Y DIARREICOS una o dos medidas de

GRANULADO MANUELL

por litro de agua de bebida, reponen el líquido perdido y previenen la acidosis.

Reg. 7634 - D. S. P.

La menor de las cualidades de las TABLETAS de

LACTOYODIRIO

es la de librar de charlatanes y curanderos a tantos y tantos pobres sifiliticos.
Sobre todo cuando se trata de SIFILITICOS POBRES.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

Reg. 4050 D. S. P.

Si ya es habitual que después del fracaso de los otros tratamientos empleados
contra LA TUBERCULOSIS se acabe por recurrir a la

YODOLACTINA

¿Por qué no, entonces, emplearla desde el principio?

Reg. 10249 - D. S. P.

Trinidad de quina, quinina y arsénico. Singular específico del PALUDISMO

GRAGEAS DE QUINQUINA

Artículo de primera necesidad para cualquier región malá-
rica. Para el uso corriente y diario no tiene rival que le supere.

Reg. 12322 D. S. P.

LABORATORIOS MANUELL S. A.

Datos Históricos Sobre los Manicomios y la Psiquiatría en México

Por el Dr.

SAMUEL RAMIREZ MORENO

Poco o nada se sabe, entre nosotros, acerca de lo que se ha hecho por los enfermos mentales en México; y me ha parecido, con motivo del primer número de nuestra revista, tratar, aunque sea de modo somero, este asunto que considero de grande interés.

EL HOSPITAL DE SAN HIPOLITO

El antiguo **Hospital de San Hipólito** fué el primer establecimiento que se fundó en la América y uno de los primeros del mundo, para la atención y cuidado de los enfermos mentales. El filántropo Bernardino Alvarez lo estableció el 2 de noviembre de 1566.

Manuel Orozco y Berra, en sus memorias de 1867, refiere que Bernardino Alvarez, originario de Utrera, Andalucía, vino entre los primeros conquistadores de la América y se dedicó a hacer el comercio en el Perú, lo cual le produjo algún dinero y, entonces, se vino a la Nueva España, donde se dedicó, desde el año de 1556, a cuidar a los enfermos del **Hospital de Nuestra Señora de la Concepción**, el más antiguo de la América, hoy de **Jesús Nazareno**, y durante 10 años se entregó a esta tarea hasta que pensó fundar otro hospital. Encontró ayuda en Miguel Dueñas y la mujer de éste, Isabel de Ojeda, quienes le proporcionaron, en la calle de San Bernardo, un terreno al que después se agregó otro junto a la ermita de **San Hipólito**. El 28 de enero de 1567 se le concedió permiso para abrir el dicho hospital, que, desde entonces, se llamó de



Bernardino Alvarez. Fundador del Hospital de San Hipólito, el primero para enajenados que hubo en América.

San Hipólito. La construcción, que se componía de algunas piezas, solamente sirvió para albergar enfermos, ancianos y enajenados a quienes les prodigaba sus cuidados.

Más tarde varios eclesiásticos se unieron con Alvarez para constituir una congregación llamada **Hermanos de la Caridad**, la cual fué aprobada por Gregorio XIII y después por Sixto V, quedando así erigida la Orden que, con el transcurso de los años, se llamaría de **Los Hipólitos**.

La construcción fué mejorando de tal manera, que en el año de 1739 estaba casi terminada.

El hospital, en un principio, no se dedicó exclusivamente a la atención de vesánicos, pero el número de éstos fué aumentando, lo que obligó a que sólo se aceptara esta clase de pacientes.

La Orden de **Los Hipólitos** fué suprimida por decreto de las Cortes Españolas el 1º de octubre de 1821, fecha en que el hospital pasó a manos del Ayuntamiento y el Municipio lo conservó; pero los religiosos exclaustrados siguieron cuidando a los enajenados hasta 1843, en que fué

atendido por los administradores. Como el edificio era amplio, en un tiempo fué convertido en cuartel. Santa Ana, en 1842, vendió los bajos del hospital y las accesorias de los costados de la iglesia. En 1846 se fundó el Hospital Militar, por el pronunciamiento de los polkos; de 1847 a 1850, fué Hospital Municipal; el 1º de septiembre de 1850 se cedió a la Escuela de Medicina, que se estableció ahí hasta 1853. En 1848 se le hicieron reparaciones y algunos anexos, época en que el número de pacientes ascendía a noventa.



Placa conmemorativa que existe en la puerta del antiguo Hospital de San Hipólito.

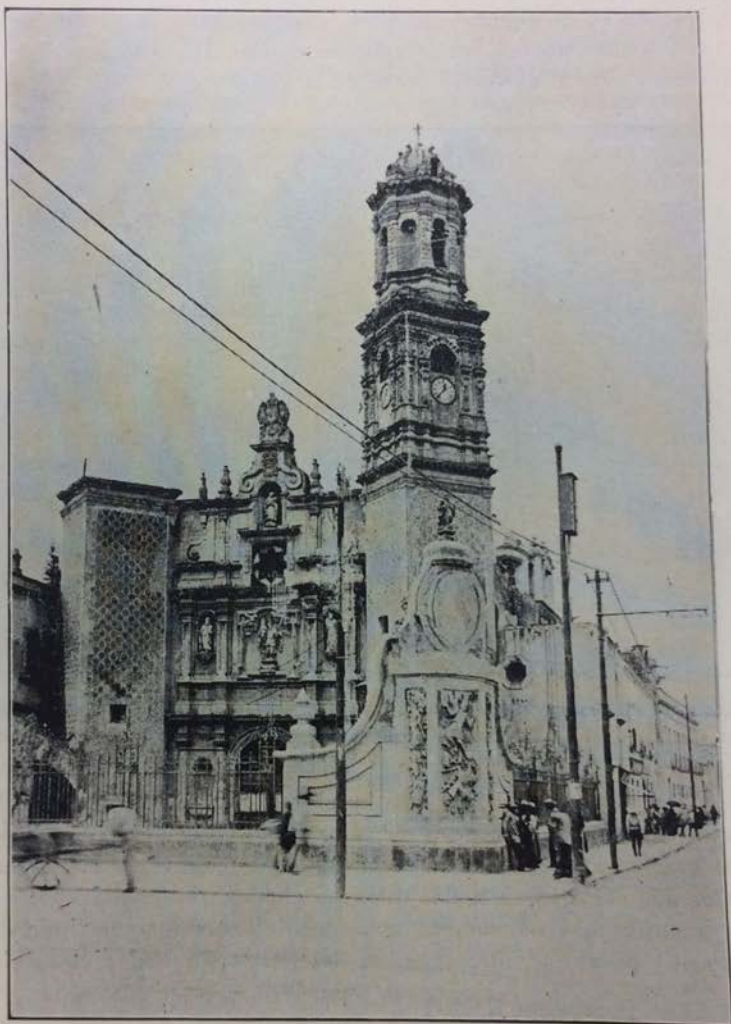
El 18 de julio de 1864, don José María Andrade envió al llamado Emperador Maximiliano I un informe sobre el hospital, que relatava las condiciones deplorables en que se encontraban los enfermos: "Sus camas se reducen a una tarima de madera con un petate y ni aun esto logran todos; para cubrirse tienen cuando más, una frazada raída"... "Los distinguidos sólo pueden reputarse como tales, porque toman chocolate por mañana y tarde; en lo demás son tratados con el mismo pie que el resto de los demás enfermos"... "sus vestidos se encuentran en un estado miserable; no da la casa ropa suficiente y sólo están medianamente provistos los que la reciben de sus familiares"... "Los enfermos reciben los domingos la visita de sus familias, salvo que el facultativo disponga lo contrario como medio de curación; pero no parece serlo, pues las familias aprovechan esta franquicia para llevarles, como suelen hacerlo, comidas indigestas y perjudiciales a la salud. Lo propio debe decirse de las comidas extraordinarias que les da la casa el día del patrono San Hipólito y el de los Santos Inocentes; acostumbrados todo el año a



Fachada del antiguo Hospital de San Hipólito, convertido en la actualidad en casa de departamentos.

un alimento igual y sencillo, no podrá menos que serles pernicioso un repentino recargo de estómago, órgano que tanta influencia tiene en el cerebro” . . .

Don Juan Abadiano, secretario de la Junta de Beneficencia, presentó un informe sobre el mismo hospital el 31 de diciembre de 1877, el cual fué publicado un año después y en el que, refiriéndose a su historia, se señala, entre otras cosas, que: “En 1774 el padre general del Consulado manifestó al Virrey Bucareli la miseria en que estaban los enfermos, desnudos, sin medicinas, hambrientos y con peligro de morir por los techos que estaban desplomándose.” El virrey Bucareli interpeló al Consulado y esta corporación gastó \$6,000.00 en mejoras, las cuales se inauguraron con motivo del cumpleaños del rey Carlos III, con asistencia del virrey, habiéndose instalado, en memoria, una placa que aún se conserva, con la siguiente leyenda: “En el Reinado de nuestro Católico Monarca el señor D. Carlos III, Q.D.G. y gobernando este Reyno el Exmo. Baylío Frey D. Antonio María Bucareli y Ursúa, caballero gran Cruz y Gobernador de la Bóveda de Toro en la Orden de San Juan, gentil-hombre de Cámara de S. M., con entrada, Teniente General de los reales ejércitos, Virrey, Gobernador y Capitán General de esta Nueva-España y Presidente de la



Templo de San Hipólito, contiguo al hospital. En él se verificaba anualmente durante la época colonial, la famosa fiesta del pendón.

Real Audiencia, se fabricó este hospital de pobres dementes por el piadoso influjo de su Exa. a expensas del Real Tribunal del Consulado de esta Nueva-España y dirección de sus diputados D. José G. Calderón y D. Ambrosio Meave, profesores de la Orden de Santiago, al que se dió principio en 14 de Octubre de 1774, y se concluyó en 31 de Diciembre de 1776, siendo General de la religión de San Hipólito Mártir el reverendísimo Padre Fray José Lázaro de la Peña."



Fachada del "Hospital para Mujeres Dementes" (DEL DIVINO SALVADOR), que fué demolido para construir el actual edificio de la Beneficencia Pública.

El virrey Bucareli al dar cuenta al rey con este suceso, le decía: "Afligido mi corazón al considerar la extrema miseria y triste situación de una casa que por ser la única en el Reyno y crecido el número de enfermos que encierra, de todas estas provincias, recomienda por sí propia la precisión de ser sostenida, no encuentro más oportuno remedio de lograrlo que pasar la representación del Padre General al Consulado."

En un libro de Juan de Dios Peza, "La Beneficencia en México", impreso en 1881, se expresa que: "las celdas que existían en un corredor del segundo piso, carecían de luz y ventilación"....."que en ese Hospital se usaron grillos y cepos que prohibió Vieyra cuando fué Gobernador del Distrito, haciendo trasladar a la diputación aquellos instrumentos de horror"....."Durante muchos años se usó en la cocina batería de cobre

y fué muy grande el número de dementes envenenados hasta que el cobre se estañó”...

Es de gran interés también otra memoria sobre el hospital de dementes hecha por uno de sus directores, el doctor Sebastián Labastida, donde se refieren cosas análogas.

Entre los médicos que se distinguieron por mejorar las condiciones de los enfermos en este manicomio, debo citar los nombres de Garrone y Navarro, de Miguel Alvarado, de José Peón Contreras ¹ y de Jesús Alfaro.



Grupo de enfermas en el Hospital de La Canoa (1905).

La iglesia de **San Hipólito** anexa al hospital, fué famosa en la historia de la Nueva España, porque ahí se celebraba, anualmente, **la fiesta del pendón**, pues era conducida la enseña con que Hernán Cortés entró a México. La fiesta era para conmemorar la conquista de la Nueva España y el triunfo obtenido el 13 de agosto de 1521, día de San Hipólito.

¹ El doctor Peón Contreras fué el primer profesor de enfermedades mentales en la Facultad de Medicina de México, cátedra que ocupó el 22 de mayo de 1897 y, además, desempeñó el cargo de director de este hospital durante bastante tiempo.

MANICOMIO DE LA CANOA

No menos interesante que la historia del Hospital de San Hipólito, es la del Divino Salvador para mujeres enajenadas que, por haber permanecido durante muchos años en la antigua calle de la Canoa, se le llamaba corrientemente con el nombre de Manicomio de la Canoa, pues éste como el de San Hipólito, fueron la consecuencia de la iniciativa individual de un hombre humilde. En efecto, el carpintero José Sáyago, con ayuda de su esposa, se dedicó a recoger a las locas que andaban vagando y las llevaba a su casa para cuidarlas y mantenerlas, pues era corriente, en aquel tiempo, ver en la capital de la Nueva España a toda clase de por-dioseros, idiotas y lunáticos por las calles. Y hubo épocas en que esto constituyó verdadera plaga.



Una sala del Hospital para Mujeres Dementes (1906)

Sáyago y su mujer atendían personalmente a algunas de estas pobres mujeres enajenadas. Era arzobispo de México, en tal época, don Francisco de Aguiar y Seijos, quien, enterado de la filantropía de Sáyago, lo ayudó e hizo trasladar a las enfermas a una casa más grande frente al antiguo colegio de San Gregorio, hasta el año de 1698 en que murió el arzobispo. Entonces la Congregación del Divino Salvador se hizo cargo de él y compró una casa en la calle de la Canoa, en el sitio que hoy ocupan las oficinas de la Beneficencia Pública, donde se erigió el hospi-



El doctor Peón del Valle examinando a una enferma en el Hospital de la Canoa. (1906.)

tal en el año de 1700. Con la expulsión de los jesuitas se extinguió la Congregación y el patronato pasó al Gobierno, quien reformó la casa y le dió más amplitud en 1800, con lo que se consiguió que las enfermas quedaran en mejores condiciones. El 13 de junio de 1824 se le concedieron las utilidades de una lotería que persistió hasta 1861. El mismo informe de don José María Andrade, a que antes aludo, cita el escrito de García Icazbalceta, el cual refiere que: "el número de camas es de no-

venta, habiendo un promedio de setenta enfermas, las que están bastante bien atendidas y se ocupan de algunos trabajos ligeros compatibles con su estado. Las camas son de fierro con dos colchones bien aseados y perfectamente provistos de ropa; es imposible sacar mayor partido de aquel local, ni mejorar el aseo y buen orden que en él reina"....."La casa de locas y de niños expósitos son, indudablemente, los establecimientos de beneficencia que debían servir de modelo a los demás."

El 31 de octubre de 1855 se firmó un convenio entre el presbítero don Ramón Lanz, director de la Congregación de San Vicente de Paul y los señores coronel Pablo Iturria y Domingo Pozo, como individuos de la comisión del Hospital del Divino Salvador para encargar de éste a las Hermanas de la Caridad, hasta el 20 de diciembre de 1874, en que fueron lanzadas del establecimiento. Desde entonces quedó a cargo del Ayuntamiento, pasando a la Junta de Beneficencia.

En el Hospital de la Canoa es digno de mención el alienista don Miguel Alvarado, quien, debido a su infatigable labor, realizó grandes mejoras, con la ayuda filantrópica de varios particulares.

Don Juan de Dios Peza decía que en ese tiempo "los dormitorios y otras dependencias honrarían el mejor hospital de Europa".

El doctor Alvarado se consagró al estudio de los enfermos mentales y fué de los primeros que en México cultivaron esta especialidad. Desde el año de 1860 en que se hizo cargo de la dirección del frenocomio, estableció un registro en que se contenían datos relacionados con el estudio de la locura en México, y aún puede ser aprovechado por los que se dediquen a esta especialidad: se señalaba la historia de cada enfermo, las causas probables del padecimiento, el pronóstico de la dolencia, su terminación y el tratamiento empleado. Fué el doctor Alvarado quien por primera vez instaló cuartos de colores con luz azul y roja para los enfermos excitados y deprimidos, respectivamente; en su tiempo se dieron los primeros pasos formales en el estudio de la medicina mental.

Años después cayó en lamentable abandono, hasta el 9 de febrero de 1905 en que fué nombrado director el doctor Juan Peón del Valle, sr., hijo del ilustre médico y eximio poeta doctor José Peón Contreras, pues, según el doctor Enrique Aragón, biógrafo de Peón del Valle, "más que un hospital, parecía una prisión de la época colonial, con sus gruesos muros y paredes desmanteladas; sus rejas de barrotes de fierro en las puertas, separando patios y corredores; celdas con crujías donde se alojaban aglomeradas o reclusas a las enfermas enajenadas; esa casa apollada por la edad y por arcaico mueblaje, se modificó, en los límites posibles, pues ya se entreveía la construcción del Manicomio General. Un

alrededor de inventar como aquellos ámbitos se pintaron a la vez los dormitorios; se cambiaron los muebles por modernos; se vistieron de blanco todas las paredes; se usó el cemento para el piso y el mármol para los pisos de las pasadizos y de las habitaciones, cuando fue consultado para la construcción del edificio que hoy se levanta en La Castañeda.

BISMUTO SOLUBLE

La labor del doctor Peón del Valle se extendió al estudio de numerosas cuestiones psiquiátricas de las cuales, por ejemplo, el tratamiento de la epilepsia y el uso del bromuro y el cloruro de potasio en las psiquiátricas, de las cuales se publicó un tratado como, que trajo como consecuencia su interesante publicación sobre la relación de la responsabilidad jurídica y el libre albedrío, y el determinismo; se proclamó en defensa de la capacidad de los enfermos haciendo resaltar la importancia de ellos de acuerdo con el artículo 14 de la Constitución Mexicana.

LIBEBI

TIOGLIKOLATO DE BISMUTO Y SODIO
TRATAMIENTO DE LA SIFILIS EN TODAS SUS MANIFESTACIONES

La importancia de los sentimientos en la Genesología del Dr. Peón del Valle y "La Involuntación Involuntaria. Contribución al Estudio de las Ilusiones de lo ya Vivido".

Se absorbe y actúa rápidamente.
 Soluble en los líquidos orgánicos.



EL MANICOMIO DE LA CASTAÑEDA

Eliminación equilibrada.
 Con motivo de la celebración del Centenario de la Independencia de México, se inauguró en el mes de septiembre de 1910, el hospital para vesánicos, que es uno de los más grandes de la América Latina, que se construyó en los terrenos de la antigua Hacienda de la Castañeda, en la zona de la capital, motivo por el cual se le denominó oficialmente con el nombre de Manicomio de la Castañeda. En el año se trasladaron los enfermos de San Hipólito y las enfermas de La Gancoa para ocupar respectivamente los departamentos de

REGISTRO No. 10278 D. S. P.

LABORATORIOS HIGIA, S. A.

AVE. CHAPULTEPEC 449

Detalle en el interior del Hospital de San Hipólito, MEXICO, D. F.

aire de juventud llenó aquellos ámbitos: se pintaron a la cal los dormitorios; se cambiaron los muebles por modernos; se vistieron de blanco todas las camas y se tuvo predilección y cuidado por la **Escuela de Retardados Mentales**. Más tarde el Gobierno escuchaba sus palabras, cuando fué consultado para la construcción del edificio que hoy se levanta en **La Castañeda**".

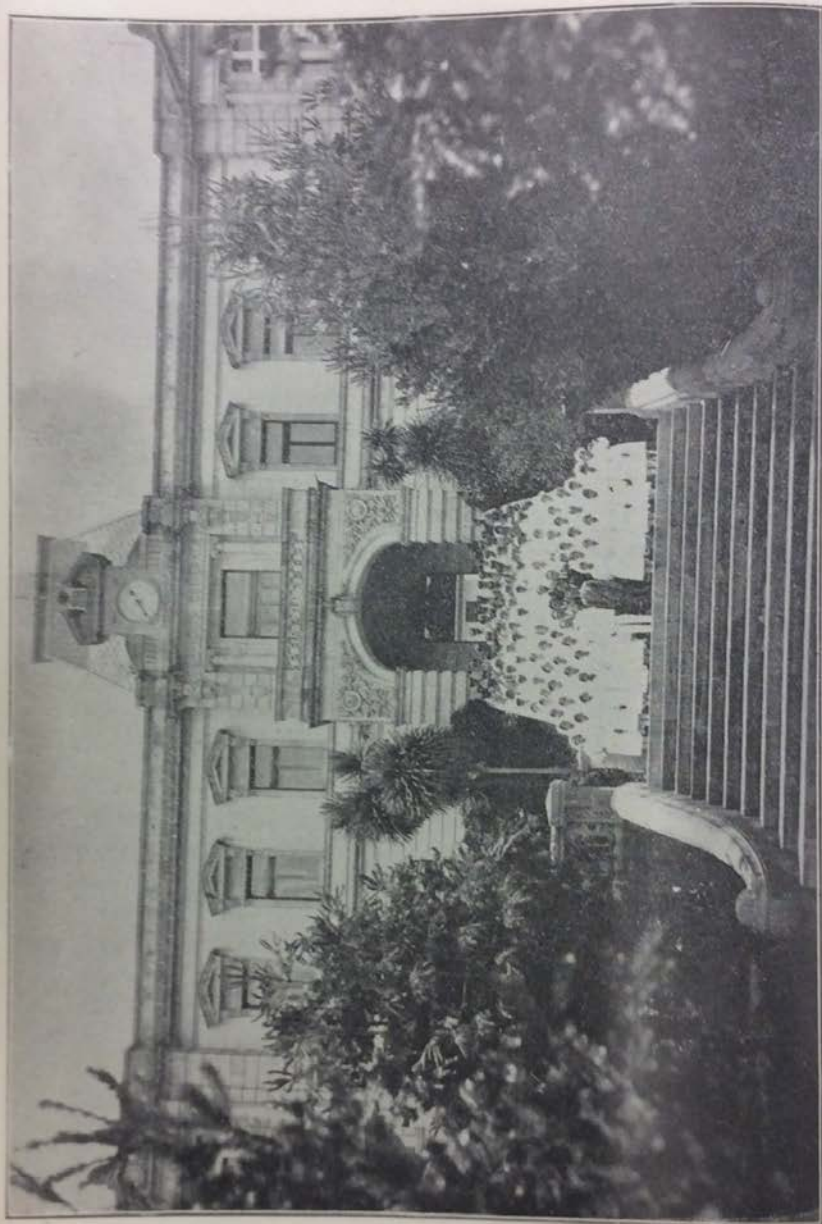
La labor del doctor Peón del Valle se extendió al estudio de numerosas cuestiones psiquiátricas de grandísimo interés, por ejemplo, el tratamiento de la epilepsia y el uso inocuo de los bromuros; el estudio y clasificación de las psicosis puerperales; la campaña que desarrolló contra el alcoholismo, que trajo como consecuencia su interesante publicación acerca de la relación de la **responsabilidad jurídica y el libre albedrío con el determinismo**; se proclamó en defensa de la capacidad civil de los afásicos, haciendo, asimismo, la clasificación de ellos, de acuerdo con los conocimientos de fisiología sobre la circulación cerebral, asunto que presentó, brillantemente, al Congreso Latino Americano de Río de Janeiro, en junio de 1909. Pero seguramente, además de otros muchos trabajos, los más trascendentales que dejó son: "La Importancia de los Sentimientos en la Genesiología del Delirio de Persecución" y "La Introspección Involuntaria, Contribución al Estudio de las Ilusiones de lo ya Vivido".



Detalle en el interior del Hospital de San Hipólito.

EL MANICOMIO DE LA CASTAÑEDA

Con motivo de la celebración del Centenario de la Independencia de México, se inauguró en el mes de septiembre de 1910, el hospital para vesánicos más grande de México y uno de los más grandes de la América Latina, que se construyó en los terrenos de la antigua **Hacienda de la Castañeda**, en Mixcoac, cerca de la capital, motivo por el cual se designa más corrientemente con el nombre de **Manicomio de la Castañeda**. En ese año se trasladaron los enfermos de **San Hipólito** y las enfermas de **La Canoa** para ocupar, respectivamente, los departamentos de



Fachada del Pabellón de Servicios Generales en el Manicomio de La Castañeda, con un grupo del personal, en el año de 1931, época en que se establecían y desarrollaban las bases de una nueva organización en el estudio y la atención de los vestimicos.

hombres y de mujeres. La construcción se hizo de acuerdo con la ideología de la época y con una capacidad muy suficiente entonces, para dar albergue a los pacientes reclusos en los dos manicomios que existían en el Distrito Federal y en muchos otros de los Estados. Las condiciones de ubicación y la construcción del frenocomio eran garantía para una conveniente atención de los enfermos mentales; pero, por desgracia, no siempre ha sido así, pues ha pasado por diversas épocas, unas de abandono, otras de progreso, y ha sufrido, también, las vicitudes creadas por nuestra revolución. Además, ha tenido períodos en que sólo ha servido para albergar enfermos, cuyo número ha ido creciendo progresivamente, sin que preocupase su cuidado y tratamiento. Pero desde el año de 1929, siendo director general de la Beneficencia Pública el ingeniero y general Eduardo Hay, se establecieron en él las bases modernas para la atención conveniente de los enfermos mentales. En el terreno material se iniciaron reparaciones y construcciones para acondicionarlo mejor; y, en el técnico, se organizó la terapéutica por medio del trabajo en los pacientes y la extensión de los deportes entre éstos; se emprendieron estudios e investigaciones de carácter netamente científico que mejoraron las condiciones en su cuidado y atención. Las reformas hechas en este hospital, que es el más grande de México, se han sentido desde entonces, debiendo señalar que también se ha despertado mayor interés por la especialidad entre nosotros. Ya se preocupan nuestros gobiernos por estos asuntos y se estudian los problemas en todos sus aspectos. Se estableció un Consejo de Defensa y Prevención Social, del cual depende un grupo de médicos alienistas, para estudiar el estado mental de los delinuentes; se creó un tribunal para menores, donde se hacen investigaciones de orden psiquiátrico; se legisla sobre toxicómanos y viciosos; se realizan trabajos y tesis sobre el mismo tópico y, en una palabra, se encauza el estudio de nuestros enfermos mentales y las cuestiones a que dan lugar.

Ha sido loable el esfuerzo de algunos médicos, además de los ya mencionados, quienes se han preocupado, entre nosotros, por el estudio y la asistencia de los vesánicos, como Francisco Echeverría, Alfonso Ruiz Erdozain, Miguel Lazo de la Vega y Eladio Gutiérrez.

IONINE

AMPOLLETAS
Reg. D. S. P. No. 7089

J A R A B E
Reg. D. S. P. No. 7092

MEDICACION ANTIBACILAR

Reconocida por eminentes especialistas como eficaz en el tratamiento de los padecimientos pulmonares y de las vías respiratorias y muy especialmente en la tuberculosis pulmonar.

LABORATORIOS IONINE, S. A.

Apartado 1999

Apartado 533

MEXICO, D. F.

LAREDO, TEXAS

10a. Calle Puebla 193

2202 Zaragoza St.

La Redacción no se hace responsable de los conceptos vertidos por los autores

Solamente consideramos el prestigio y la honradez de nuestros colaboradores. Por lo tanto, invitamos a los señores médicos a que, siempre que lo deseen y en especial cuando estén en desacuerdo con el contenido de algún artículo, dispongan de las páginas de esta Revista para contribuir al mejor estudio de la neuropsiquiatría y ramas afines.

¿La Unica Etiología de la Tabes y de la P. G. P. es la Sífilis?

Por el Dr.

SANTIAGO RAMIREZ

En mis lecciones de neurología en la Facultad de Medicina y en mi obra de enfermedades nerviosas, vengo sosteniendo y hasta la fecha sostengo que la totalidad de los enfermos de ataxia locomotriz progresiva y de parálisis general no tienen como factor etiológico de su dolencia la sífilis ni hereditaria ni adquirida.

A medida que el tiempo pasa, mientras algunos clínicos sostienen su tesis de que todos, absolutamente todos los enfermos de estas dolencias son sifilíticos, yo he podido, dentro de los más severos razonamientos, llegar a una conclusión distinta y opinar en sentido diverso: no creo que la totalidad de los enfermos de tabes y parálisis general sean sifilíticos.

La duda sobre esto la tuve cuando se estudiaba en nuestra Facultad de Medicina la cátedra de Clínica Terapéutica Médica.

Un día se presenta a mí un joven estudiante solicitando viera a su señora mamá, a la que muchísimos médicos le habían diagnosticado tabes dorsal. Efectivamente, la dolencia era clarísima. Para no cansar, no haré su historial clínico (aparte la ninguna importancia de consignarlo) y diré únicamente que la arreflexia, la anisocoria con fotomotor abolido, el Romberg, los dolores lancinantes y fulgurantes, no dejaban la menor duda. Posteriormente una fractura "espontánea" de la pelvis, vino a agregar con ese dato la confirmación del diagnóstico. Todo esto nada tiene de particular, pero al dar a conocer los anteriores médicos y yo el factor sífilis como el causante, se protestó de la manera más enérgica, asegurando que jamás la había padecido esta señora.

La terapéutica empleada, sin el menor resultado, fué la antiluética

por medio de cianuro de mercurio y bismúticos; algún otro médico usó arsenicales tri y pentavalentes. El yodo, los yoduros, el jarabe de Gibert, fueron, asimismo, usados con absoluto fracaso. Al ver a esta señora, me dediqué más que a tratarla a investigar la sífilis, ya que era negada, y negada de una manera categórica y con buenos argumentos.

Los padres de la enferma eran dos viejos sanos, fuertes, rancheros desde su juventud, y los abuelos jamás padecieron dolencia alguna nerviosa. El murió de una fractura de la base del cráneo, a edad avanzada, y la abuela de un cáncer del hígado. Los padres, digo, que vivían con la hija, eran sanos enteramente (desde el punto de vista neurológico). Fueron doce hermanos y nuestra enferma ocupaba el cuarto lugar. No hubo ningún aborto. De estos doce hermanos habían muerto siete de: difteria (13 meses); neumonía (4 años y 25 años, respectivamente); herida penetrante de abdomen (29 años); tifo (18, 6 y 32 años), y fiebre puerperal (22 años). Los cuatro restantes, sanos, y solamente esta señora enferma de tabes.

La señora nació a término, y hasta la edad de año tres meses, fué amamantada exclusivamente al pecho y por su madre. **No hubo nodriza nunca.** A una edad no precisa, tuvo varicela, y poco después, sarampión. La vacunación se infectó y tuvo algo semejante a una erisipela. Casó a los 19 años, gozando de una salud somática y espiritual admirable. A los nueve meses y días ("casi, casi no salvaba mi honra", dice la enferma) nació el primer hijo, sano, fuerte, sin contratiempo ninguno. Posteriormente tuvo cinco hijos más, con dos muertos a temprana edad de bronquitis capilar y escarlatina.

El esposo de la enferma jamás padeció la más leve dolencia venérea y mostraba ufano el pene, en donde "a Dios gracias, no hay ninguna condecoración".

La investigación clínica se encontraba completamente agotada y procedí entonces a las investigaciones de laboratorio con el siguiente resultado:

- Padre: reacciones negativas.
- Madre: reacciones negativas.
- Esposo: reacciones negativas.
- Enferma: reacciones intensamente positivas.
- Cuatro hijos: reacciones negativas.

A pesar de la terapéutica antiluética que se había seguido con esta enferma, las reacciones serológicas en el líquido encefalorraquídeo, fueron intensamente positivas.

El problema pavoroso, oscuro, difícil, era precisamente el etiológico. El mismo esposo manifestaba que estaba dispuesto a quedar en la miseria, para demostrar que no había habido sífilis.

Mi pensamiento fué desde luego éste: lógicamente se puede admitir que la sífilis hereditaria y la adquirida sexualmente deben descartarse, ya que la clínica y el laboratorio las negaban rotundamente. Quedaba en pie y así lo manifestó, la posibilidad de un contagio extragenital, casual, adquirido en algún baño, al tomar con cubiertos contaminados los alimentos o que la partera la hubiera inoculado al asistirle en sus partos. Pero un chanero en la boca, en la cara, en la mano, es una lesión lo suficientemente aparatosa para quedar oculta. Acaso en el cuello de la matriz, como digo, la partera pudo haber inoculado a la enferma. Este pensamiento si no se puede echar por tierra categóricamente, sí es posible combatirlo, pues es poco admisible una inoculación completamente muda, sin accidentes de ninguna especie ni locales ni generales.

Generalmente, las reacciones serológicas en la sangre y en el líquido cefalorraquídeo se modifican favorablemente después de la terapéutica enérgica y sabiamente llevada, y en nuestra enferma, después de mucho tiempo, las reacciones serológicas se mantuvieron intensamente positivas.

Este primer caso que someramente he narrado y cuyo historial clínico es amplísimo, sembró en mi espíritu una duda grande respecto a la etiología única y fatal de la sífilis en los enfermos todos de tabes.

Fué tan grande la fe de esta familia en que el padecimiento no era de naturaleza sífilítica, que una ocasión me propusieron algo verdaderamente notable: la inoculación de sífilis a esta señora. Al proponerlo, sincera y tontamente me decían que tenían la seguridad de que la inoculación debería ser positiva.

El segundo caso se refiere a un señor de Mérida, el que comenzó a notar, a los 39 años, que sus pupilas estaban inmóviles; la intensa luz le molestaba por una fuerte nidriasis. En su Estado natal consultó con un médico, y éste, sin saber yo sus exploraciones, diagnosticó una tabes incipiente. Las reacciones serológicas en la sangre fueron negativas. Se trató como sífilítico y algunos meses después que estuvo en México, me consultó. Romberg, Argyll-Robertson, Westphal, episodios de tenesmo vesical y de ictus laríngeo. Por brevedad, solamente diré que la sífilis hereditaria no se podía invocar y menos la adquirida. El pasado patológico de este caballero tuvo de notable una dolencia que por los caracteres vagos de ella no puedo asegurar, pero sí presumir se trató de una enfermedad de Nicolas y Favre.

Hecha la investigación serológica correspondiente en el líquido enee-

falorraquídeo, solamente acusó una reacción meníngea sin caracteres de específica luética.

Sería salirme de los límites impuestos a esta breve nota, narrar otros casos de enfermos de tabes y P. G. P., en los cuales no he podido encontrar por más esfuerzos hechos, en su pasado, el factor sífilis.

¿No sería posible que la linfogranulomatosis, algunas formas de escaerlatina maligna, etc., trajeran una inflamación crónica meningorraquídea posterior?

Seguramente que en multitud de casos la clínica, el laboratorio, el estudio histopatológico de los centros, ponen de manifiesto, con claridad meridiana, el treponema como responsable de la enfermedad, pero, con absoluta sinceridad, creo que en ocasiones resulta verdaderamente imposible afirmar la lúes en algunos enfermos de tabes o de P. G. P.

No afirmo ni niego. Estoy dudoso. Doy simplemente una opinión y ojalá el tiempo se encargara de ratificar o rectificar plenamente. En caso de que haya otros factores etiológicos, los rumbos de la terapéutica serían acaso muy otros y tal vez más efectivos.

Algunas Consideraciones Sobre la Medicina Legal Como Especialidad ---

Por el
DR. JOSE TORRES TORIJA.

El gran progreso realizado por la medicina en sus diversas ramas, ha traído como consecuencia necesaria que se vaya perdiendo el tipo del médico general de antaño, que lo mismo atendía un tabardillo que operaba un absceso, que curaba a un cardíaco o asistía a una parturiente. Esa modalidad, muy útil por cierto, del médico ejercitante, podía existir antes de que los múltiples sectores de la medicina acrecentaran su radio de acción y profundizaran su terreno; pero en la actualidad y salvo condiciones especiales, tiende a desaparecer. El propio médico rural que tiene la imperiosa necesidad "de hacer de todo", requiere muy frecuentemente el auxilio del especialista y excepto los casos de urgencia extrema, ve acortar a menudo sus actividades.

Entre otros factores, la multiplicidad y gran rapidez de los medios de transporte y las vías de comunicación fáciles influyen en el sentido de permitir a los enfermos acudir a los grandes centros y consultar allí al especialista.

Como resultado de tales factores, nuestros médicos jóvenes y aun los estudiantes, tratan en la actualidad, desde los últimos años de estudios o recientemente recibidos, de orientarse por el sendero de la especialización, y vemos así como, según las tendencias, el temperamento o las simpatías, dedícanse unos a la cirugía, otros a la medicina interna. Y dentro de estas dos grandes ramas va marcándose día a día una subdivisión mayor. Así, hay internistas que cultivan el estudio de los padecimientos digestivos; otros los del aparato circulatorio; éste los del sistema nervioso; aquél los renales.

Lo propio ha acaecido con las diversas ramas de la cirugía, sin citar lo que desde hace tiempo se verifica con los que estudian nariz, oídos y garganta, ojos y dermatología.

Se explica así que, partiendo de las grandes ramas, estudiantes y médicos hayan ido derivando sus actividades a campos que antiguamente desdenaban por circunstancias diversas y que veamos surgir todos los días cultivadas con cariño y practicadas con buen éxito actividades médicas que antes eran sólo conocidas en sus rasgos generales y que hoy atraen a su estudio y ejercicio a los referidos estudiantes y médicos.

Entre estas materias antaño desdeñadas o poco ejercitadas, podemos citar dos: la Psiquiatría y la Medicina Legal. En lo que a la primera se refiere, hace algunos años apenas si una o dos personas la ejercían a título de curiosidad y como complemento de otras actividades.

En lo que a la segunda se refiere, mejor conocida, no pasaba, sin embargo, de ser un estudio teórico, fastidioso, cuya actividad práctica no se apreciaba correctamente o que parecía limitarse al campo poco atractivo de los Servicios Médicos de Policía o al no menos inatrayente de los Juzgados Penales. Me refiero, por supuesto, a mis épocas estudiantiles o a las de mis primeras actividades como médico.

Una o dos figuras destacadas en ambas especialidades no habían bastado para atraer a su estudio a los médicos jóvenes, que enderezaban sus pasos por vías más agradables en el orden especulativo y de mejor rendimiento económico.

De unos diez u once años a la fecha, las cosas han cambiado. Los progresos y adquisiciones recientes en cuestiones de etiología y patogenia de las enfermedades nerviosas y los correspondientes progresos terapéuticos; los apasionantes problemas que despiertan las condiciones psíquicas normales o anormales; la influencia de la escuela de Freud y el psicoanálisis y las controversias a que han dado lugar, todo ello ha contribuido para despertar un vivo interés por la Psiquiatría, atrayendo a su terreno a muchos estudiantes y a médicos recientemente recibidos, y esto ha hecho que interesados todos en el estudio y resolución de las bellas cuestiones que la mencionada especialidad encierra, tengamos ya entre nosotros un núcleo importante de psiquiatras.

Podemos así, en algunas de nuestras revistas o en nuestros Congresos Médicos, leer o escuchar interesantes trabajos sobre Patología mental, métodos de exploración u orientaciones y procedimientos terapéuticos. Podemos afirmar, pues, que la Psiquiatría existe ya en nuestro medio como especialidad perfectamente constituida, y que tiene entre nosotros conspicuos representantes.

La Medicina Legal, sin ser, como muchos han creído, la Psiquiatría, pero que tiene estrechas relaciones con ella, no ha tenido igual fortuna. En el orden de los estudios, como decíamos antes, ha sido considerada como una materia fastidiosa y de escasa aplicación práctica y confinada en un terreno burocrático y alejado de la especulación científica. Y si en otras épocas hubo uno o dos exponentes brillantes de esta especialidad, entre los que se destacaron los doctores Hidalgo Carpio y José María Andrade, especialmente el primero, catedrático prominente, orientador extraordinario que enfocó múltiples problemas médicos hacia la aplicación legal cotidiana, tuvieron también que dedicarse a otras actividades: el primero fué cirujano y el segundo cirujano y oftalmólogo.

Después, y a pesar de haber existido médicos cultos y talentosos que han brillado en la especialidad, por una o por otra razón y quizá principalmente por no haber dado publicidad suficiente a sus trabajos, no se ha logrado establecer de una manera franca y categórica la especialidad medicolegal.

Se piensa todavía que en México no hay medicolegistas, sino solamente aficionados, así sean brillantes, a la Medicina Legal. Este concepto, que parece exagerado, tiene como razón de ser por el medio de aislamiento en que habitualmente trabajan nuestros médicos legistas y la poca o ninguna publicidad que dan a muchos de sus interesantes trabajos.

La Medicina Legal, como otras ramas de nuestra ciencia, ha progresado grandemente en el orden científico y especulativo y ha acrecentado también sus terrenos en la aplicación práctica. Aquí, como en otras partes, podemos afirmar nuevamente que no es lo que fuera en tiempos de Brouardel: una aplicación limitada de los conocimientos médicos a ciertos asuntos penales. No: su campo se ha ensanchado. Partiendo de esta plaza central, nuevas avenidas se han trazado con la Criminología, la Policía Científica, la Antropología Criminal, y la Medicina del Trabajo, que lleva involucrados los problemas de palpitante actualidad de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo.

Tenemos, pues, la obligación todos aquellos a quienes apasiona el estudio de los problemas medicolegales, de interesar a los estudiantes de Medicina en esos estudios, de atraerlos al camino de esta especialización y de ir formando en torno del núcleo ya existente de médicos legistas, las bases y elementos para la creación del estudio especializado y de la formación práctica de un gran centro médico legal, instituto o como quiera llamársele.

Para lograrlo, entre otras cosas hay que llevar al conocimiento de

nuestros médicos, de nuestras autoridades, lo que de Medicina Legal se hace y cómo se hace. El perito médico legista no tiene en la actualidad la consideración que merece. Es menospreciado y se le considera como una pieza de interés secundario, dentro de una máquina, la judicial, desdénada por unos, temida por otros. Se carece así de locales correctos carentes de elementos para el desempeño de trabajos prácticos y mucho menos para la labor de investigación. La colocación burocrática es muy modesta y no está en consonancia con la responsabilidad y el trabajo desempeñado. Y no obstante esto, ¡cuántas capacidades ignoradas del público médico! ¡Cuántas tareas científicas y bien logradas que se desconocen! ¡Cuántos aspectos interesantes en el desempeño de tan menospreciada labor!

Apenas si en el otro campo, en el de la Medicina del Trabajo, se ha podido conseguir mejor colocación, mayores elementos y mejor apreciación de la labor.

Así, pues, repito, es indispensable volver sobre nuestros pasos y trabajar intensamente para interesar a los estudiantes de medicina en el estudio de la especialidad y atraer a los médicos a su ejercicio.

La publicación de esta revista ofrece una brillante oportunidad para dar a conocer todos los trabajos medicolegales que entre nosotros se hagan. Tiene por objeto principal ocuparse, juntamente con la Neurología y la Psiquiatría, de la Medicina Legal. Es el primer ensayo formal para publicar asuntos de índole exclusivamente medicolegal. Debemos, pues, congratularnos de su aparición y felicitar a sus iniciadores y desear a esta nueva revista médica vida larga y fecunda.

Tenemos, además, el deber de contribuir a su sostenimiento y progreso, ya que la publicación de todas nuestras cuestiones de importancia, sea en el orden práctico, sea en el de la especulación, constituirá, primero, un motivo de curiosidad, después despertará interés y más tarde logrará quizás llamar a nuestro campo a muchos elementos jóvenes y que todavía no tienen orientación precisa.

Podrá lograrse, y esto sería el ideal, modificar las condiciones de la enseñanza de la cátedra en nuestra Facultad, asunto éste del que habré de ocuparme próximamente en artículo especial, y finalmente encauzar todas las actividades de nuestra especialidad hasta lograr formar con todas ellas una estructura única, fuerte en el orden científico y en el práctico.

Es posible que estos conceptos sean el resultado de un optimismo exagerado. En todo caso, sí podemos estar seguros de que una labor persistente, científica y ampliamente conocida, será la única que logrará dignificar, como lo merece, a la Medicina Legal en México.

Ensayo de Interpretación de un Caso de Síndrome Obsesivo

A. L., de 29 años, de origen inglés, nativa de México, D. F., soltera y dedicada a los quehaceres de su casa, no tiene entre sus ascendientes enfermos mentales, toxicómanos, suicidas ni deformes. Su padre casó con su madre en segundas nupcias; al parecer el matrimonio tuvo por razón problemas económicos que preocupaban al padre, lo cual fué causa de disgustos en la familia, al grado de que en los últimos años de la vida de aquél, los cónyuges vivieron separados. Eran ambos inteligentes, y la madre dominaba siete idiomas. No hubo más fruto del matrimonio que la enferma que nos ocupa.

Nació a término, su peso fué normal, comenzó a andar y a hablar a tiempo y ya a los cuatro años se expresaba en cuatro idiomas; entre las enfermedades padecidas durante la primera infancia, sólo recuerda la tos ferina. Ingresó a la escuela a los siete años y terminó la primaria a los trece, habiendo sido muy aventajada; observó buena conducta en su casa, y su carácter era alegre; durante la segunda infancia padeció viruela. Comenzó a menstruar a los doce años, y desde entonces las reglas se han presentado con toda regularidad; fuma desde la pubertad de 20 a 30 cigarrillos diariamente y acostumbra tomar café o té con cierta exageración. Su juventud y edad adulta la enfrentaron con ciertos problemas, que resolvió ocupándose primero como enfermera y después como taquímeconógrafa, con buen éxito en ambas actividades; siempre le han gustado las excursiones campestres, la música y la lectura; ha sido "sentimental" y en ocasiones llegó a pensar en el suicidio, sin poner medios para su realización.

El principio aparente de su enfermedad fué brusco. Hace cuatro años, hallándose en su casa, caía una fuerte tormenta, acompañada de descargas eléctricas. Los techos de lámina de uno de los cuartos, golpeados por el viento, sonaban estrepitosamente. Un llamado a la puerta obligó a la enferma a levantarse de su asiento para ir a abrir. Ella, que se hallaba ate-

rrorizada, no bien hubo abierto la puerta, cayó al suelo sin conocimiento. Poco tiempo después lo recobró, pero desde entonces no puede quedar tranquila ante ningún temporal. Cuando hay lluvia o viento, y con mayor razón si ambas manifestaciones se reúnen, la enferma comienza a sentirse intranquila, con debilidad en las piernas, dolor epigástrico, necesidad imperiosa de orinar y de tomar algo excitante; la duración de la crisis es igual a la de la causa que la desencadena y durante toda ella se siente angustiada, comprende lo absurdo de sus temores, pero es incapaz de impedirlos y esto agrava la angustia. Durante una de las crisis en que tuve oportunidad de observarla, la encontré llorando, agitada, sin poder contenerse, su fisonomía era la de una persona atormentada por el miedo; ella misma comentaba en alta voz lo infantil de sus temores, pero entonces, en vez de tranquilizarse, se acongojaba. Fué preciso que se cerraran las puertas de la habitación para calmar a la enferma, y entonces, lentamente, recuperó su estado normal, aunque quedando un poco fatigada.

Desde el principio del padecimiento se queja de anorexia; presenta tos aislada, sin accesos, sin expectoración; frecuentemente acusa palpitaciones y sobre todo astenia profunda y enflaquecimiento considerable, que ya no progresa. La fisonomía y la presencia de arrugas le dan aspecto de mujer envejecida, en desacuerdo con la edad que dice tener. Constitución mediana y conformación normal. Su funcionamiento psíquico intercrítico es correcto y le permite contestar serenamente y con precisión a las preguntas que se le dirigen. Los reflejos cuya exploración es de interés en estos casos, son normales; sólo los músculotendinosos están ligeramente exaltados. Región tiroidea hipersensible. Tensión arterial (palpoauscultatorio): Mx. 115, Mn. 65.

Si consideramos que la idea obsesiva es una idea parásita, patológica, consciente, incoercible y que va acompañada de sensación de angustia, de dolor moral para el enfermo, resulta que, en el padecimiento estudiado aquí, el fenómeno primordial (a lo menos por ostensible), es la obsesión. Obsesión con respecto a la lluvia y al viento. En el presente caso la enferma se da cuenta de lo pueril del temor al aire y al agua aun sin llegar a constituir tormenta; sin embargo, es incapaz de desechar esa idea, y, finalmente, sucumbe a las manifestaciones que acarrea la idea: ansiedad, angustia, opresión y el cortejo de hiperreflexia con hipersecreciones, etc.

¿Cuál es el mecanismo de producción del síndrome cuyo eje es la idea obsesiva?

La enferma, persona culta y de inteligencia clara, encuentra una relación satisfactoria en varios aspectos.

Tres años antes del principio aparente de su padecimiento, tuvo un novio con quien estaba próxima a contraer matrimonio y al que quería mucho. Una noche se encontraba en su casa esperando la llegada de su prometido, cuando unos vecinos fueron a informarle que se encontraba herido en la parada del tranvía. Salió apresuradamente en medio de un fuerte temporal y se dirigió al sitio indicado; la tempestad arreciaba por

momentos, acompañada de fuertes vientos y descargas eléctricas. Llegada a la vía del tren, se encontró con la noticia de que su novio había sido atropellado por una góndola, y sólo logró percibir los restos de sus vestidos y grandes manchas de sangre. Pocos minutos después, el comisario de la población le informó de la muerte de su novio. Pasado el accidente la enferma quedó en un estado de depresión considerable, que poco a poco le fué cesando sin haber desaparecido del todo.

En otra ocasión su madre sufrió un percance automovilístico, de resultas del cual quedó con una mano herida. El accidente ocurrió igualmente en los momentos en que se abatía fuerte tormenta.

La enferma explica que la concomitancia de los accidentes anteriormente narrados con los fenómenos cósmicos, es la causa de su obsesión por la lluvia y el viento.

Ahora bien: si tenemos en cuenta las ideas de Freud, por un lado, para quien todo síntoma en psiquiatría posee sentido y se halla enlazado con la vida psíquica del individuo; y por otro, las condiciones en que ocurrió el primer accidente, esto es, la proximidad del matrimonio de la enferma, la realización de su ideal sexual, podremos decir lógicamente que, en el presente caso, ha ocurrido el mecanismo de desalojamiento, de sustitución, tan característico en la psicogénesis de las obsesiones.

La explicación de la idea obsesiva está íntimamente unida al contenido de la vida erótica de la enferma, pero la enferma, por ese mecanismo del desplazamiento, reemplaza la idea penosa engendrada por la libido y consecuencia de su vida sexual, por otra más sencilla, de más fácil—pero más falaz—explicación. Así es como en el presente caso la enferma relaciona la pluviofobia que padece a la concomitancia entre un fenómeno cósmico y los hechos que la impresionaron.

Pero es de suponerse que esta explicación tan simple no sea la expresión completa de la verdad, y que en el fondo la obsesión eche raíces en lo íntimo del psiquismo de la enferma y en relación con su vida sexual, y que solamente un psicoanálisis bien conducido puede desenmarañar la trama.

Recordemos a este respecto que para Freud, a fin de desarrollarse una obsesión, se necesita la asociación de causas constitucionales y causas accidentales. Para el mismo autor, las primeras intervendrían en la determinación de la naturaleza misma, del carácter mismo de la obsesión; no así las segundas. Entiende bajo la denominación de constitucionales, las causas que resultan de la suma de motivos que trae consigo mismo a la vida y los que van ligados a la evolución de la propia personalidad, y, muy principalmente, del instinto sexual; admitió que el instinto sexual, como las funciones psíquicas, sufre una evolución progresiva y constante desde la infancia hasta llegar a su estado característico en el adulto normal. Pues bien, esta evolución, en vez de ser progresiva y constante, puede en algunos casos sufrir un estacionamiento pasajero, siguiendo después su completa evolución. Allí, donde una parte de la función ha permanecido en un estado anterior, queda creado lo que Freud llama "un

lugar de fijación" al cual puede retroceder la función sexual en un momento dado y bajo la acción de determinados accidentes.

Hay bien puede haber sucedido en el presente caso que la evolución del instinto sexual de la enferma hubiese sufrido un estacionamiento temporal, constituyéndose así un lugar de fijación, que después, por el mecanismo usual, constituyéndose así un lugar de fijación, que después, por el mecanismo de la misma bien conocido de la represión, haya pasado al subconsciente de la enferma. Posteriormente, bajo la acción del traumatismo afectivo, y echándose a un lado la realización normal de su instinto sexual, desvía éste, y echándose a un lado del contenido de su subconsciente, recuerda las fantasías bordadas durante ese momento o lugar de fijación de su libido y tiende a exteriorizarlo, a realizarlo como un equivalente de su función sexual normal.

Naturalmente que la enferma no exterioriza esto de una manera sencilla y clara, pues no se trata de un proceso simple de euforia, de un simple paso de grammas a la conciencia, sino que por el mecanismo de la represión, recurre a una serie de transmutaciones y sustituciones combinadas de manera intrincada y compleja, y termina plasmando su obsesión por la lluvia y el viento.

Desde luego que la comprobación de estos hechos y el conocimiento del enlazamiento y sustitución de los procesos subconscientes y, por consiguiente, la elaboración de la obsesión, no puede conocerse sin recurrir al procedimiento por excelencia, el psicoanálisis.

Por lo cual me limito solamente a hacer notar las relaciones que pueden existir entre el proceso obsesivo y un sector de la vida psíquica de la enferma. Sin entrar al terreno de las aplicaciones diagnósticas y terapéuticas del método psicoanalítico, me limito a hacer un modesto ensayo de interpretación con miras a la patogenia de las fobias y de las obsesiones.

Fernando Rébora G.

(Curso Libre de Clínica de Psiquiatría, a cargo del doctor Samuel Ramirez Moreno, Agosto de 1933.)

Revista de Revistas

ESPERMINA

DR. BUDALLES **Contribución al Estudio Clínico de la Malarioterapia en la Infancia**

HORMONA CRISTALIZADA
DE LAS
GLANDULAS TESTICULARES.

Por el Dr.
MANUEL NEUMANN

TONICO NERVIOSO

Como elementos de apoyo a la vida, **INDICACIONES:** un sustrato tan sumbrío como los estados de debilidad mental congénitos o adquiridos en la primera infancia.

Neurastenia. **Diabetes.** **Impotencia Viril.**
Histerismo. Los niños oligofrénicos están destinados a sufrir durante toda la vida los sinsabores que la inferioridad intelectual les impone. Los niños débiles no desean ser aislados de su familia, tanto para evitar el mal ejemplo que el niño ineducado proporciona a sus hermanos, como el mal ejemplo de que con frecuencia son víctimas, a consecuencia de sobreesforzos criaderos que encuentran absolutamente inútiles para la melindrosa lucha por la vida.

Atrofia Muscular. **Oxaluria.** **Hipostenia Gástrica.**
Parálisis. **Fosfaturias.** **Anestiasias.**
Tabes. **Artrismo.** **Constipación.**
Anemias.

Si se trata de los imbéciles ligeros y de los débiles, éstos no pueden educarse. **Amplia experimentación clínica e innumerables testimonios médicos** demuestran que los niños débiles requieren escuelas especiales donde desahogarse a fin de poder afrontar mejor el mundo que los parents aqueja la vida.

En el cuadro hay que agregar la escasez de los recursos terapéuticos para el tratamiento de niños débiles de que se dispone para combatir los trastornos mentales.

Cajas de 6 ampollas de 2 c.c. de aplicación indolora.

La oligofrenia Registro No. 11362 D. S. P. por diversas causas, ya sea que la lesión haya actuado sobre el plasma germinal, sobre el feto o sobre el niño ya nacido, desde el punto de vista intelectual sólo tiene importancia el hecho de que se encuentran alteradas las condiciones anatómicas o fisiológicas del desarrollo espiritual, antes de que dicho trastorno sea irreversible.

LABORATORIOS HIGIA, S. A.

Estas causas pueden ser endógenas y exógenas. El origen exógeno puede ser por lesión germinal por el alcohol y la sífilis es más frecuente que el origen endógeno.

RELA
0011

Revista de Revistas

Contribución al Estudio Clínico de la Malarioterapia en la Infancia.

Por el Dr.

MANUEL NEUMANN

Pocas afecciones ofrecen a la niñez un porvenir tan sombrío, como los estados de debilidad mental congénitos o adquiridos en la primera infancia.

Los niños oligofrénicos están destinados a sufrir durante toda la vida los sinsabores que les acarrea su inferioridad psíquica. Los niños idiotas necesitan ser aislados de su familia, tanto para evitar el mal ejemplo que el niño ineducado proporciona a sus hermanos, como el mal trato de que con frecuencia son víctimas; además, estas pobres criaturas se encuentran absolutamente inermes para la ineludible lucha por la vida.

Si se trata de los imbéciles ligeros y de los débiles, éstos no pueden educarse junto con los niños normales, requieren escuelas especiales donde desarrollar sus defectuosas aptitudes personales, a fin de poder ejecutar un trabajo sencillo que les permita ganarse la vida.

A este triste cuadro hay que agregar la escasez de los recursos terapéuticos verdaderamente eficaces de que se dispone para combatir estas perturbaciones mentales.

La oligofrenia infantil es producida por diversas causas, ya sea que la lesión haya actuado sobre el plasma germinal, sobre el feto o sobre el niño ya nacido, desde el punto de vista intelectual sólo tiene importancia el hecho de que se encuentran alteradas las condiciones anatómicas o fisiológicas del desarrollo espiritual, antes de que dicho desarrollo haya podido realizar progresos apreciables.

Estas causas pueden ser endógenas y exógenas; el origen exógeno de la oligofrenia por lesión germinal por el alcohol y la sífilis es más frecuente que el origen endógeno.

La sífilis, especialmente, es la enfermedad que mayor cantidad de débiles mentales ocasiona. Wildermuth ha encontrado un 11.8 por 100 de sífilis congénitas entre los idiotas. Binswanger la demostró en un 9.5 por 100 y Heubner la ha señalado en un 23 por 100 de sífilis paternas.

Cuando se emprende en los niños sífilíticos un tratamiento oportuno y eficaz, existen probabilidades de la mejoría de sus alteraciones mentales; pero desgraciadamente en muchos casos sólo en los síntomas físicos se consigue esta mejoría, mientras que el retraso de las facultades psíquicas permanece en el mismo estado.

Esta desigualdad en la curación de los síntomas físicos y mentales, ha hecho que algunos autores hayan sostenido la atrevida hipótesis de que la neurosífilis resulta de la infección provocada por una variante biológica del *Spirochaeta pallida* con afinidad especial para el tejido nervioso o virus neurotrópo, mientras que otras formas de sífilis son consecuencia de la infección por el virus dermatropo.

Los observadores que sostienen dicha conjetura se apoyan en las siguientes observaciones clínicas: en algunos casos, varias personas infectadas en el mismo origen han padecido ulteriormente enfermedades nerviosas sífilíticas; las manifestaciones superficiales de sífilis son muchas veces leves o están ausentes en quienes presentan al final neurosífilis: la sífilis terciaria es rara fuera del sistema nervioso y algunas formas de neurosífilis, especialmente la tabes y la parálisis general, se observan rara vez en los países orientales, donde la sífilis es corriente; además, el tratamiento medicamentoso obra eficazmente contra el germen dermatropo y con mucha menor eficacia contra el germen neurotrópo.

Sin discutir en este lugar la teoría de la dualidad del virus de la sífilis, esta opinión nos demuestra con qué frecuencia fracasa la quimioterapia en el tratamiento de la debilidad mental en los niños heredosisilíticos.

Afortunadamente, la terapéutica de la oligofrenia infantil se ha enriquecido últimamente con un nuevo recurso, la malarioterapia.

La inoculación malárica utilizada por primera vez por Wagner von Jauregg en el tratamiento de la parálisis general progresiva, ha encontrado también amplia aplicación en pediatría, pues ha sido utilizada con éxito por Knofelmacher, Kundratitz, Tezner, Weitz, Mescheles y Tudos en el tratamiento de la sífilis congénita; por Courtin en el tratamiento de las vulvovaginitis gonocócicas en la infancia; por Gossler en las parálisis cerebrales y espinales y en muchas clínicas europeas ha sido aplicada con resultados alentadores en enfermedades inflamatorias crónicas del sistema nervioso general, las cuales no habían presentado ninguna mejoría con cualquier otro método curativo.

Con el objeto de lograr mayor precisión en ese moderno trabajo, me he coneretado a estudiar el efecto de la malarioterapia en los niños sífilíticos que padecen retraso mental.

No eroo oportuno tratar aquí de la sintomatología de la oligofrenia infantil, ya que se encuentra muy bien descrita en los tratados especia-

les adecuados. Únicamente hablaré de algunas hipótesis sobre el modo de obrar de la inoculación palúdica, del curso de la misma en la infancia y de los resultados obtenidos en mis observaciones.

HIPOTESIS SOBRE EL MECANISMO DE ACCION DE LA MALARIOTERAPIA

Es evidente que la malaria no es un remedio específico de la parálisis general, de la tabes, de la esquizofrenia y demás perturbaciones neuropsíquicas en que se ha aplicado satisfactoriamente, pues otras afecciones febriles, como la fiebre recurrente y algunas hipertermias provocadas por medicamentos como la tuberculina, la peptona, etc., producen resultados parecidos.

Hipócrates, Sydenham y otros médicos antiguos, notaron que las afecciones mentales mejoran muchas veces a consecuencia de una enfermedad febril.

Enfermos al parecer dementes, sin esperanza de remisión, han curado aunque por poco tiempo, a causa de un padecimiento físico. Este hecho demuestra que tales estados no se deben necesariamente a una degeneración neurónica estructural, tal como sucede, por ejemplo, en la demencia senil.

Varias hipótesis se han emitido para explicar la curación de enfermos mentales a causa de enfermedades corporales o de "shock" emocional; una de las más interesantes es la de Pascal y Davesne, que describiremos brevemente.

Según estos autores, el individuo predispuesto a las psicopatías se encuentra en estado de sensibilización psíquica, por medio de la cual adquiere complejos personales o áreas de sensibilización mental, que le exponen a trastornos cuando se enfrenta con situaciones que estimulan la puesta en marcha de aquéllos.

Pascal y Davesne sostienen la idea de que una psicosis es análoga a un "shock" anafiláctico, de manera que un trauma orgánico o psíquico, que en un individuo no predispuesto sólo produciría trastornos mentales no peligrosos, provocaría en el individuo sensibilizado perturbaciones graves.

Las manifestaciones clínicas y humorales que acompañan a los trastornos anafilácticos, las condiciones en que se desenvuelven y las que permiten su curación, han sido bien estudiadas por Widal y sus alumnos.

Los puntos de contacto entre estas diversas manifestaciones anafilácticas son: un terreno o predisposición peculiar; la semejanza de agentes provocadores y la curación por la terapia de "shock". Para este terreno, conveniente a las manifestaciones del "shock" anafiláctico, ha sido propuesto por Widal el nombre de "diátesis coloidoclásica".

Según la hipótesis que vengo tratando, pueden considerarse las psicosis como manifestaciones de una predisposición psicoloidoclásica,

congénita o adquirida, semejante a la anteriormente descrita. Esta diátesis se distingue por las características siguientes: inestabilidad de los equilibrios mental, neurovegetativo y coloidal; vulnerabilidad, especialmente respecto a las emociones; tendencia a reaccionar con "shock" anafiláctico a los agentes más diversos y curabilidad de ese estado por la terapia de "shock".

Por medio de esta anafilaxia mental, el "shock" emocional despierta las susceptibilidades psíquicas emocionales, de la misma manera que el "shock" proteínico despierta las susceptibilidades orgánicas.

Varios investigadores han sostenido la opinión de que la sífilis hereditaria es ampliamente responsable del desarrollo de las psicosis, o dicho de otro modo: "Una psicocoloidoclasia es a menudo una sifilodoclasia."

La curación de los estados anafilácticos se obtiene por medio de la desensibilización, la cual es provocada en muchas ocasiones también por el "shock", acompañado de la correspondiente crisis hemoclásica.

Según la teoría de Pascal y Davesne, la psicoterapia, la terapia glandular, la piroterapia, la peptoterapia y el absceso de fijación, obran en la curación de las enfermedades mentales por medio de la acción del "shock".

De estos recursos terapéuticos, los que más nos interesan para este estudio son los tres últimos.

En la piroterapia, la inoculación de enfermedades febriles como la malaria y la fiebre recurrente, provoca entre otros fenómenos la aparición de una leucopenia seguida de la leucocitosis, lo cual parece confirmar la teoría del "shock" desensibilizante.

La introducción de albúminas extrañas al organismo, provoca reacciones enérgicas que se traducen por enfriamiento, hipotensión, náuseas, disnea, cianosis, dolores lumbares y elevación final de la temperatura. En estas condiciones se han comprobado los mismos fenómenos de "shock" que en el caso precedente.

Los medicamentos que más se usan para este objeto, son la tuberculina, la peptona, los metales coloidales, las vacunas polivalentes y la leche.

El absceso de fijación o "shock" leucogénico, es el estímulo más poderoso de la leucocitosis. Este método de tratamiento ha sido utilizado con éxito por Pascal y Davesne en 257 pacientes psicóticos, en los cuales se notó un estímulo notable de todas las funciones vitales. Se mejoraron el apetito y las funciones ováricas, se curaron definitivamente algunas amenorreas y en algunos psicóticos caquéuticos hubo una verdadera regeneración orgánica.

En cuanto a los efectos sobre la vida psíquica, los autores citados afirman que todas las afecciones mentales, cualquiera que sea su etiología, son favorablemente influenciadas, siempre que se trate de desórdenes funcionales, pues los desórdenes que dependen de una degeneración

estructural, no pueden ser modificados por ninguno de los tratamientos que hemos descripto.

Debe mencionarse que los mismos fenómenos de "shock" que se observan en la piretoterapia y en la proteínoterapia, se producen también en el absceso de fijación.

Además de la ingeniosa hipótesis que acabamos de bosquejar, citaré la de otros clínicos, que piensan que la infección palúdica activa la formación de anticuerpos que actúan contra el *Treponema pallidum*.

Rudolf cree que el aumento de los grandes mononucleares es el factor más importante en la terapia malárica.

Otros investigadores han atribuido la curación de los desórdenes mentales a una aceleración del metabolismo con la rápida eliminación de productos de desecho.

En vista de que en mis investigaciones no pude disponer de un laboratorio suficientemente provisto, me concretaré a describir el curso clínico que siguió la impaludización en los niños y el resultado práctico obtenido.

CURSO CLINICO DE LA IMPALUDIZACION EN LA INFANCIA

Para la inoculación de los niños que fueron sometidos al tratamiento que estudiamos, se utilizó el procedimiento de Wagner Jauregg. En la región glútea se puso una inyección intramuscular de dos centímetros cúbicos de sangre extraída de un enfermo de fiebre terciana, es decir, infectado por el *Plasmodium vivax*, que no había sido tratado.

De los siete casos en que se practicó esta inoculación, sólo en un caso hubo necesidad de efectuar una segunda inyección, en vista de que transcurrieron más de 25 días después de la introducción de sangre sin presentarse los síntomas del paludismo. Los seis casos restantes presentaron pocos días después de la inoculación, francos ataques palustres.

Algunos médicos alemanes, entre ellos Siegl y Rupilius, de la Universidad de Graz, han recurrido en los casos rebeldes a la inyección intravenosa de sangre de enfermos de malaria. En los niños observados por mí no hubo necesidad de utilizar la vía endovenosa.

El período de incubación en los niños inoculados fué bastante corto, como lo demuestra el siguiente cuadro.

Período de incubación en los inoculados:

Días de incubación	4	5	6	7	8	9	10
Número de casos	1	3	2	0	1	0	0

De lo anotado en este cuadro se deduce que en la mayor parte de los casos hubo una incubación de cinco a seis días.

El niño que fué reinoculado tuvo una incubación de cuatro días. Los autores que se han dedicado a estas investigaciones, afirman que el período de incubación está sujeto a grandes variaciones, pues han observado casos en que la fiebre de la invasión aparece hasta 24 días después de la fecha de la inoculación. Es importante el conocimiento de la posibilidad de esta duración, de lo contrario, es fácil cometer errores en la interpretación del resultado de la inyección; por ejemplo, Courtin en su trabajo sostiene que se puede considerar negativa la inoculación, cuando después del décimo día no se ha presentado la fiebre del ataque palustre.

En todos los niños que inoculamos se ha presentado una ligera elevación de la temperatura (máximo 38°) el día de la inyección.

Esta hipertermia pasajera fué debida a la reacción del organismo provocada por la inyección de la sangre, que obró como toda albúmina extraña.

Con excepción de esta ligera elevación de temperatura, ningún otro síntoma extraño fué observado durante el período de incubación.

En las observaciones de varios médicos que han estudiado la malarioterapia en la infancia, con frecuencia se describe la aparición de una fiebre de 38 a 39 grados en el día anterior a la fecha en que tiene lugar el verdadero acceso palúdico. La explicación de este ascenso febril no ha sido precisada aún; sólo Kundratitz lo atribuye a los pródromos que tienen lugar inmediatamente antes de la invasión de la malaria.

Los accesos palustres, casi en su totalidad, fueron diarios. Con excepción de algunos casos en los que durante pocos días hubo uno de intervalo entre las fiebres, éstas fueron cotidianas. En la sangre de los pacientes se comprobó la presencia del *Plasmodium vivax*, por lo tanto, los accesos diarios se debieron a que la enfermedad revistió la forma terciana doble.

La causa de este fenómeno parece consistir en la introducción simultánea de diferentes formas de evolución del parásito. Esta modalidad de la fiebre terciana ha sido observada también por varios investigadores en el tratamiento de la parálisis general progresiva. Wagner cree que se debe a un estado de predisposición especial del organismo, que se presenta sobre todo en los sífilíticos.

El número y duración de los accesos en los niños, observados por nosotros, se encuentran bosquejados en el siguiente cuadro:

Número de inoculados	Edad	Número de accesos	Días
1	6 años	18	18
2	2 años y 2 meses	20	20
3	4 años y 3 meses	15	16
4	4 años	19	19
5	7 años	15	18
6	3 años	15	17
7	5 años	12	18

Debo mencionar que durante el tiempo que duraron los accesos, no hubo errecimiento del bazo, ni ictericia, ni síntoma alguno serio.

No fué posible que los enfermos guardaran cama, pues la inoculación no se llevó a cabo en hospitales, sino que se efectuó entre la clientela pobre que asiste a la consulta gratuita y entre personas que por circunstancias especiales tuvieron que salir de sus casas.

Las temperaturas que se observaron en los accesos febriles fueron de 39 a 40 grados. Al principiarse los ataques hubo calofríos no muy intensos; sólo en dos casos se presentaron de una manera discontinua fuertes sacudidas de frío.

El malestar general durante los ascensos térmicos fué muy leve, al grado de que algunos niños pudieron caminar y asistir a la consulta en pleno acceso febril, sin que se les notara molestia alguna. En unos pacientes, y durante pocos días, hubo ligera cefalalgia, presentándose, además, en uno de los enfermos, ligeras náuseas y vómitos, que afortunadamente sólo durante el ataque hubo que lamentar.

Las convulsiones epileptiformes, que según varios autores se han presentado a consecuencia de la impaludización, no fueron observadas en ninguno de nuestros enfermos. De la misma manera ninguno de nuestros enfermos presentó epistaxis; en cambio, en todos hubo una ligera disminución del apetito.

En cuanto al corazón, ninguna perturbación se presentó, pues la administración de tónicos cardíacos que más adelante se menciona, se hizo con fin exclusivamente profiláctico.

La curva de peso de los niños impaludizados, o no se modificó o presentó tan leves oscilaciones, que no merecen describirse.

La disminución de la hemoglobina fué ligera, si se tiene en cuenta que alcanzó como máximo un diez por ciento.

En uno de los casos hubo desaparición brusca y espontánea de los

accesos, sin administración de medicamentos antipalúdicos y sin que se presentaran recidivas. Este alivio espontáneo de las fiebres ha sido observado por algunos médicos; pero de una manera poco frecuente, únicamente Siegl y Rupilius lo comprobaron con alguna frecuencia, pues lo observaron en 18 niños, sobre un total de 22 que habían sido impaludizados. En los 6 casos restantes se logró la supresión de los ataques mediante la administración de equinina asociada al acetylarsan. El modo como fué proporcionada dicha medicación, se encuentra descrita en la siguiente tabla:

EUQUININA			ACETYLARSAN	
Edad	Días	Dosis diaria	Días	Dosis
6 años	12	3 × 0.25 gr.	6	1 × 0.04 gr.
2 ..	10	2 × 0.25 ..	5	1 × 0.02 ..
4 ..	13	3 × 0.20 ..	6	1 × 0.02 ..
4 ..	12	3 × 0.20 ..	6	1 × 0.02 ..
3 ..	10	2 × 0.25 ..	5	1 × 0.02 ..
5 ..	14	3 × 0.25 ..	8	1 × 0.04 ..

Todo el tiempo que duraron los accesos, se puso diariamente a los enfermos una inyección de dos centímetros cúbicos de aceite alcanforado al 10 por ciento y se les administró, según la edad, de tres a cinco gotas de tintura de digital cada tercer día. Como antes dije, estos medicamentos se utilizaron únicamente como preventivos de una posible perturbación cardíaca.

Por lo expuesto puede verse que el tratamiento del paludismo provocado, llevado a cabo en un tiempo relativamente corto, fué suficiente para lograr la desaparición definitiva de las fiebres.

RESULTADOS OBTENIDOS EN NUESTRAS OBSERVACIONES

Conocidos son los dos tipos de niños con mentalidad débil, el erético y el apático. El primero se caracteriza por la inquietud, la movilidad de sus músculos, lo absurdo e inmotivado de sus expresiones, por la rapidez del lenguaje; si se les llama la atención para aprender una cosa, responden con locuacidad, con la variación de la mirada y con un cambio de actitud. Los débiles eréticos se interesan por muchas cosas y por ello parecen ser más activos y quizás en algunos aspectos lo son, que las personas adultas normales.

Estos enfermos con frecuencia engañan a quienes les rodean y les llegan a creer menos tontos de lo que son. Algunos que fracasan en la escuela se muestran luego aptos en determinados aspectos de la vida práctica, porque para ello poseen aptitudes aisladas y las usan con agrado. Sin embargo, lo que siempre falta a todos es la capacidad de crear.

El tipo apático, por el contrario, se distingue por su inactividad, por su indiferencia afectiva; no se interesa por nadie ni por nada, siempre está sumiso; pero no responde ni a las preguntas que se le hacen ni a los hechos que se le excita a recordar, más que de una manera breve, torpe, incompleta o nula. Ranschburgo dice de estos sujetos lo siguiente: "Parecen estar sordos a nuestras preguntas y para nuestra conversación."

Por lo tanto, la diferencia entre los débiles apáticos y eréticos, independientemente de la mayor o menor facilidad de la palabra, tiene como base la afectividad, pues la apatía es una consecuencia de la indiferencia afectiva.

Los pacientes que fueron observados por nosotros fueron, en su totalidad, débiles apáticos, todos denotaron un estado psíquico depresivo tan manifiesto en algunos, que bastaba con ver su actitud (mirada hacia abajo, indiferencia, etc.), para darse cuenta inmediatamente de su tipo de debilidad mental.

A estos niños no les interesaba ningún objeto, nunca habían jugado ni reído y eran indiferentes para sus familiares.

Estos enfermitos con frecuencia padecían exageración emocional, lloraban a causa de las preguntas que se les hacían o se encolerizaban excesivamente a consecuencia de pequeños motivos.

El retrato de las funciones intelectuales, como se comprende, varió según los individuos; desde luego hemos encontrado alteradas las funciones representativas, la memoria siempre se presentó debilitada en sus dos aspectos: la capacidad para recordar y la persistencia de los recuerdos. De estas dos formas, la última es la más importante en la semeiología de los estados mentales infantiles, pues los niños, en términos generales, retienen durante mucho tiempo detalles de varios hechos con perfecta exactitud; en cambio, tienen cierta dificultad para aprender los hechos, palabras e imágenes que les impresionan, después de haberlas percibido.

En todos nuestros pequeños pacientes observamos la disminución de la atención, fenómeno tan importante en la génesis de muchos trastornos de la memoria.

Igualmente nos dimos cuenta de la debilidad de los cuatro procesos que forman la inteligencia: comprensión, invención, dirección y censura.

Para la apreciación del estado de estas funciones, según la edad de los sujetos que examinamos, nos hemos servido de la escala de Binet, que a continuación exponemos:

Edad de tres meses.—Tener una mirada voluntaria.

Edad de nueve meses.—Escuchar con atención un sonido. Coger un objeto después de haberlo tocado o después de haberlo mirado.

Edad de un año.—Discernir los alimentos.

Edad de dos años.—Caminar. Ejecutar un mandato. Indicar las necesidades naturales.

Edad de tres años.—Señalar la nariz, los ojos, la boca. Repetir dos cifras. Enumerar las personas y objetos de un grabado. Decir su nombre. Repetir seis sílabas.

Edad de cuatro años.—Decir su sexo Designar por su nombre una llave, un cuchillo, un centavo, etc. Repetir tres cifras. Comparar dos líneas e indicar la más larga.

Edad de cinco años.—Comparar dos cajas de madera de peso diferente e indicar la más pesada. Copiar un cuadrado. Repetir una frase de diez sílabas. Contar cuatro moneditas. Adaptar dos piezas recortadas para formar entre las dos una figura.

Edad de seis años.—Distinguir la mano derecha y la oreja izquierda. Repetir una frase de diez y seis sílabas. Hacer una comparación de estética. Definir los objetos familiares por su uso. Ejecutar tres encargos o mandatos. Decir su edad. Distinguir la mañana de la tarde.

Edad de siete años.—Indicar las faltas en las figuras incompletas. Decir el número de los dedos. Copiar una frase escrita. Copiar un rombo. Repetir cinco cifras. Describir un grabado. Contar trece monedas. Nombrar cuatro monedas distintas.

Edad de ocho años.—Hacer una lectura y conservar dos recuerdos. Contar tres monedas simples y tres dobles y decir el total. Nombrar cuatro colores. Contar de veinte a cero. Comparar dos objetos recordados. Escribir un dictado.

Edad de nueve años.—Dar la fecha completa del día. Indicar los días de la semana. Definir objetos de mejor manera que por el uso. Hacer una lectura y conservar seis recuerdos. Ordenar cinco cajas según su peso.

Edad de diez años.—Enumerar los meses del año. Reconocer todas las piezas de nuestra moneda. Componer dos frases en las cuales se encuentren tres palabras dadas. Responder a ocho preguntas de inteligencia.

Edad de doce años.—Criticar frases absurdas. Colocar tres palabras en una frase. Encontrar más de sesenta palabras en tres minutos. Dar definiciones de palabras abstractas. Reconstruir frases desarticuladas.

Edad de quince años.—Repetir siete cifras. Encontrar tres rimas a una palabra dada. Repetir una frase de veintiséis sílabas. Interpretar un grabado. Resolver un problema psicológico.

Por medio de estas pruebas nos fué posible medir en años el grado de retraso intelectual de los débiles mentales que fueron sujetos al tratamiento de la impaludización.

La influencia del paludismo en los trastornos mentales ha sido la siguiente:

El primer síntoma que mejoró de una manera perceptible fué la depresión. Como antes indiqué, todos los enfermos que tratamos pertenecían al tipo apático, tenían un estado psíquico depresivo bastante notable, siendo este trastorno el primero que tuvo tendencia a la curación.

Tan rápidamente se verificó el primer cambio favorable, que éste se observó en el transcurso de la pequeña hipertermia consecutiva a la inyección de sangre.

Según expresión de las madres de los niños, éstos se mostraron un poco más animados que antes, a los pocos días de efectuada la inyección. Esta mejoría se fué acentuando progresivamente en el período de tiempo en que tuvieron lugar los verdaderos accesos palúdicos. En algunos de los niños este alivio fué tan mareado, que ellos, que nunca habían reído, ni jugado, y que denotaban indiferencia afectiva para con sus padres, cambiaron de actitud, empezaron a reír, a jugar, a interesarse por juguetes y otros objetos, a hacer travesuras y a demostrar algún afecto para sus familiares.

Igualmente se despertó la actividad muscular que parecía aletargada; varias niñas, que permanecían inactivas la mayor parte del día, empezaron a ayudar con gusto a sus madres en el trabajo doméstico y otros niños pidieron ir a la escuela.

La exageración emocional se corrigió bastante, pues los mismos pacientes que lloraban cuando se les hacía algunas preguntas, pudieron contestar después con relativa calma nuestro interrogatorio, y según testimonio de sus padres, disminuyó también su irritabilidad.

Como es natural, el desenvolvimiento de las funciones intelectuales fué más lento e incompleto, pues para ello no basta solamente con el tratamiento que describimos, sino que es necesario también acudir a la **reeducación especial** de los débiles mentales, de la cual no tratamos en este trabajo.

Sin embargo, la mejoría que se pudo lograr no fué despreciable, pues en un tiempo relativamente corto pudimos observar francos progresos. Los padres de los niños han sido los primeros en apreciar el despertar intelectual de sus hijos, varios de los enfermitos que no comprendían una frase y que aún menos podían hacer un mandato, al cabo de pocos días de empezado el tratamiento, entendieron lo que se les decía y pudieron efectuar uno o más encargos.

La memoria aumentó de una manera perceptible, pues según sus padres, los niños que antes no podían retener un recado por pequeño que fuese, pudieron después repetirlo, lo que indica un aumento de la capacidad para recordar y de la persistencia de los recuerdos.

Finalmente, después que desaparecieron los accesos palúdicos, al ser examinados estos mismos niños con las pruebas de Binet, pudieron contestar preguntas más elevadas y más difíciles que las que se les hicieron antes del tratamiento, es decir, el retraso mental mejoró en años, según la medida tomada con las pruebas de Binet.

Además de las razones que expuse, por las cuales no es posible lograr con sólo este tratamiento la remisión completa de las funciones intelectuales, hay que agregar el tiempo relativamente corto de que se dispuso para la observación de cada caso, tal vez si después del tratamiento de que hablamos se insistiera recurriendo a la proteínoterapia o a otros me-

dios de que disponemos para lograr la piretoterapia, se podría obtener mayor éxito terapéutico.

Antes de empezar las someras historias clínicas de los niños que fueron observados, debo indicar lo siguiente:

A fin de alcanzar el mayor éxito posible y de evitar todo contratiempo, deseché en mis investigaciones a todos los niños que padecieran desnutrición, aunque ésta no fuera grave, a los niños anémicos y a los que fueran portadores de una lesión orgánica de cualquier naturaleza.

Con mayor razón, por los motivos que expuse con anterioridad, no traté a los niños cuya debilidad mental obedeciera a degeneraciones estructurales del sistema nervioso, pues según la opinión de eminentes neurólogos europeos, en tales casos mayores males aún ocasionaría la malarioterapia.

CONCLUSIONES

De las observaciones descritas en este modesto trabajo se deduce:¹

I. El curso clínico del paludismo en la infancia, sobre todo en los niños oligofrénicos sifilíticos, presenta modalidades peculiares, siendo las más notables su benignidad y la facilidad de su curación.

II. La acción de la malarioterapia siempre fué favorable, siendo de los trastornos mentales, el estado psíquico depresivo el primero en mejorar.

III. Si no se obtuvo la curación completa del retraso intelectual, sin embargo, la mejoría no ha sido despreciable, pues los enfermitos han quedado en mejores condiciones que antes para la **reeducación especial**, que es indispensable en todos los niños que padecen debilidad mental.

* * *

El trabajo anterior apareció en la "Revista Mexicana de Puericultura", tomo III, núm. 31, de mayo de 1933. Lo damos a luz ahora en esta publicación pues tan digno es de que lo conozcan los pediatras como los psiquiatras.

¹ Las historias clínicas fueron suprimidas por falta de espacio. (N. de la R.)

NOTAS SINTETICAS

EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POST-ENCEFALICOS POR LA ATROPINA EN DOSIS ELEVADA

La atropina no se acumula en el organismo, circunstancia feliz que ha permitido usarla en dosis progresivamente crecientes. En el caso, Marinisco y Facon recomiendan la técnica de Roemer, que, en resumen, es como sigue: "Se emplea el sulfato de atropina en solución a 0 gr. 50 por 100, de la cual, una gota corresponde a $\frac{1}{4}$ de miligr. de atropina. Se empieza por 1 gota 3 veces al día a intervalos regulares. La primera dosis, después del desayuno; la última, poco antes de acostarse; la intermedia se da a igual intervalo entre la primera y la última. Cada día se aumentan 11 gotas, salvo en los enfermos muy debilitados, hasta que ya no se note ninguna mejoría. Se mantiene esta dosis y luego se disminuye una gota, dos veces por día, hasta la primera señal de recaída." Parece que Roemer llegó así a 120 y a veces a 140 gotas por día.

Sesenta por ciento de los enfermos tratados volvieron a sus ocupaciones anteriores.

Marinisco y Facon trataron 16 enfermos. En 9 de ellos predominaban trastornos de rigidez; en 2 predominaba el temblor: uno con tipo de Parkinson puro, los otros 5 con espasmos de torsión y movimientos involuntarios.

En los primeros la rigidez desapareció casi completamente, mejorando los trastornos de movimientos, de palabra y de marcha. En dos de ellos las crisis oculóginas desaparecieron completamente. Antes de alcanzar la mejoría en los enfermos con temblores, éstos aumentan hasta el momento en que se alcanza la dosis suficiente. Los enfermos con espasmo de torsión fueron completamente curados.

Los trastornos provocados por esa dosis, muy conocidos, se corrigen espontáneamente o con los medios habituales. ("L'Avenir Médicale", marzo de 1934.) A. R. U.

NARCOTICOS

El 19 de febrero de este año, según leemos en la "Gaceta Sanitaria" de Italia, entró en vigor el Real Decreto de 15 de enero, núm. 151, en el cual aparecen algunos párrafos dignos de estimación, relativos a las recetas de narcóticos:

"Cuando en la prescripción médica se halle contenida alguna substancia o preparación estupefaciente, el médico

—debe indicar el nombre, el apellido y la dirección de la persona para la cual fué hecha la fórmula;

—debe especificar, con todas sus letras, la dosis de la substancia estupefaciente prescrita y la indicación del modo de administración o de aplicación al enfermo con relación al medio y al tiempo;

—debe añadir a la prescripción la fecha y la firma;

—debe escribir la receta con tinta indeleble.

El médico que asiste o visita una persona afecta de intoxicación crónica producida por substancia o preparación estupefaciente, debe hacer denuncia, dentro de dos días, a la autoridad de la seguridad pública.

En caso de grave alteración psíquica por abuso de substancia o preparación estupefaciente, puede ser coactivamente recluida en una casa de salud para ser sometida a la cura de desintoxicación. El procedimiento relativo es de la competencia de la autoridad judicial, por denuncia a la autoridad de la seguridad pública; pero, en caso de urgencia, la reclusión puede ser dispuesta provisionalmente por la autoridad de la seguridad pública.—J. P. V.

"CRIMINALIA"

Publicación redactada por eminentes penalistas y por un grupo selecto de médicos y abogados, llena un importante papel. Entre los trabajos relacionados con nuestras especialidades, recordamos los siguientes: **Sexo y Penal**, por el licenciado Manuel Múzquiz Blanco, noviembre de 1933; **La deficiencia mental y la delincuencia juvenil**, por el doctor Roberto Solís Quiroga, marzo de 1934; **Cómo funcionan en México los tribunales para menores**, por el licenciado Rafael Llamasa, marzo de 1934; **El juez de menores**, por el licenciado Eduardo Olmedo Cottilla, abril de 1934.—J. P. V.

Caso de Siringomielia, con Amiotrofia Iniciada en las Raíces de los Miembros Superiores

El enfermo A. F. de P., de 65 años de edad y de oficio militar, presenta un síndrome neurológico cuyas manifestaciones corresponden a la **siringomielia**. Estas han sido: **principio lento** con dolores punzantes en distintas partes del tórax; **trastornos motores**, como torpeza en los movimientos, dificultad para marchar, hipertonia, exageración de los reflejos tendinosos y osteoperiosticos, tanto de los miembros superiores como de los inferiores, pero especialmente del patelar. Signos de Babinski y de Oppenheim, ligeros; **trastornos tróficos** diversos: amiotrofias, engrosamiento de la piel de las manos y de las piernas; **trastornos vasomotores**: dermatografismo, exageración del reflejo pilomotor, disminución de la secreción sudoral; **trastornos de la sensibilidad**: termoanestesia típica, presentando el cuadro que desde 1882 Kahler y Schultze designaron con el nombre de **disociación siringomiélica**, es decir, pérdida de la sensibilidad al dolor y a la temperatura, con conservación de la sensibilidad al contacto.

La consideración de todas estas manifestaciones sirvió como fundamento para establecer el diagnóstico, el que se diferenció con una posible hematomielia o con un tumor medular. En el primer caso porque, como ya se indicó, la evolución ha sido lenta y no hay antecedentes de ninguna especie para pensar en esto; en el segundo, por los estudios radiológicos con lipiodol, que revelaron perfecta permeabilidad del canal raquídeo, sin que presentase obstáculo alguno al paso de la substancia. Para descartar un proceso neurolúctico se verificaron estudios en el líquido céfalorraquídeo, siendo éstos totalmente negativos, con excepción de ligeras leucocitosis e hiperalbuminorraquia.

El síndrome siringomiélico quedaba francamente limitado; sólo que, como cosa especial, las amiotrofias no presentaron el tipo de Aran-Duchenne; sino que, por el contrario, empezaron en las raíces de los miembros superiores, comprendiendo los músculos de las regiones deltoidea, pectoral, escapular; descendiendo hacia los músculos del brazo, sin pasar todavía de la articulación del codo, estando, hasta la fecha, indemnes los músculos del antebrazo y de la mano.

El caso es interesante porque, conforme a las descripciones clásicas, la amiotrofia es casi siempre siguiendo el tipo ya dicho de Aran-Duchenne: esto, como se sabe, sirvió por lo menos en Francia, para hacer el estudio de este padecimiento, pues de acuerdo con ello, se considera excepcional el principio por las raíces de los miembros superiores (tipo escapular).—Dr. Ramírez Moreno.