

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL



Propiedad de la
Academia N. de Medicina
de México

SUMARIO

EDITORIAL

SISTEMA NERVIOSO Y GLANDULAS
ENDOCRINAS. Por el Dr. Fernando Oca-
ranza.

SINDROME DE PSICOSIS POLINEURI-
TICA POR ADMINISTRACION DE ACE-
TATO DE TALIO EN DOSIS TOXICA.
Por el Dr. S. Ramírez Moreno.

MENINGOENCEFALOCELES. Por el Dr.
Conrado Zuckermann.

UNAS CUANTAS PALABRAS PARA
HACER EL DIAGNOSTICO DE SINDRO-
ME VESTIBULAR. Por el Dr. Efrén R. Marín.

DICTAMEN MEDICOLEGAL EN EL
CASO DE CH. FR. WHALLEY, ASESINO
DEL BANQUERO D. B. EMENO. Por el
Dr. José Rojo de la Vega.

NOTAS SINTETICAS.

Julio de 1934

México D. F.

CLINICA DEL DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

ENFERMEDADES MEN- TALES Y NERVIOSAS

A V I S O

Nos es satisfactorio comunicar a los señores médicos, que hemos adquirido el nuevo dispositivo de cinco electrodos para la aplicación de piritoterapia por diatermia, que viene a substituir a los de dos y tres placas.

Sus principales ventajas son:

- 1o. Suprime por completo las quemaduras.
- 2o. Acorta en la mitad del tiempo la duración de la corriente.
- 3o. No produce opresión torácica ni dificulta la respiración.
- 4o. Es mucho menos molesto y más soportable para el enfermo.

1a. Calle de Génova, 39
TELEFONOS :
Eric., 4-20-62 Mex., L-72-30
MEXICO, D. F.



EDIFICIO PRINCIPAL Y EL ANEXO PARA SEÑORAS

REVISTA MEXICANA
DE
PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA
Y
MEDICINA LEGAL

DIRECTOR:
DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

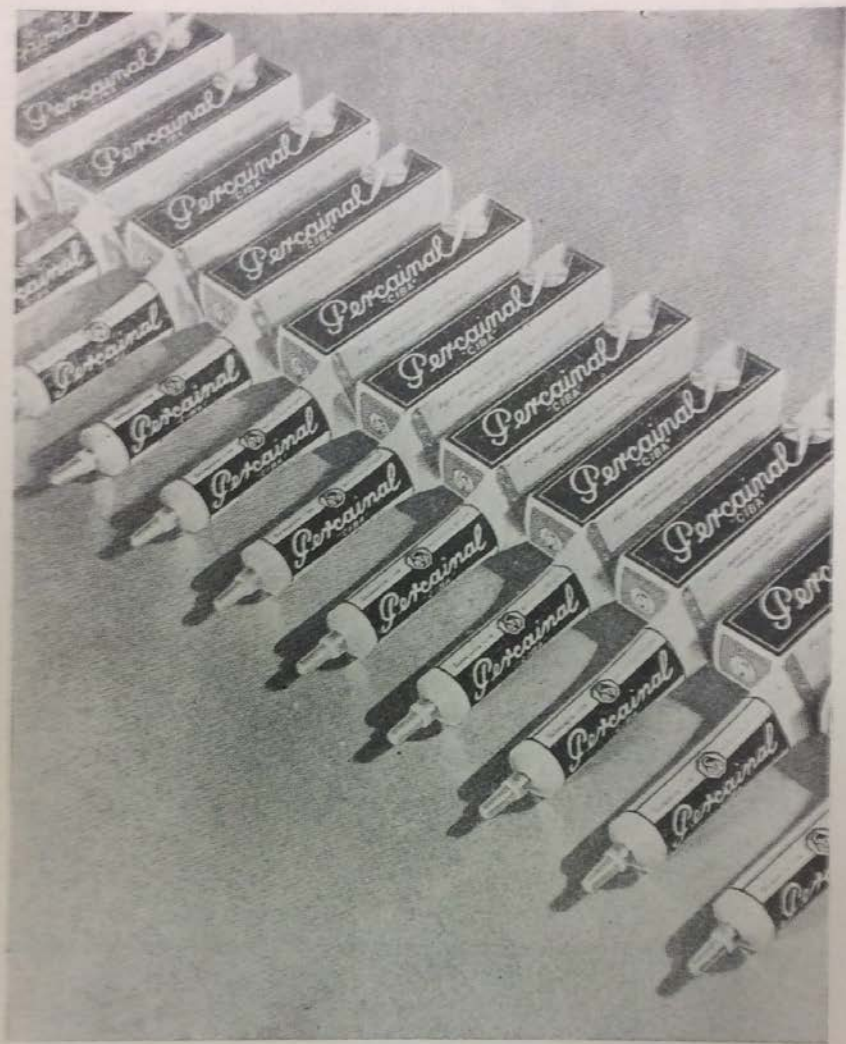
P u b l i c a c i ó n B i m e s t r a l

Volumen I Número 2 1o. de Julio de 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 diríjase a la Redacción:
Frontera, 122 México, D. F.



PERCAINAL «Ciba»

Pomada antipruriginosa
y analgésica
en tubos de 20 grs.



Reg. No. 7253, D. S. P.

Productos Ciba

Representante: W. Noeh

5 de Mayo, 16 Deap. 5

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

HISTOLOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO: Prof. I. Ochoatena

PSICOANALISIS: Dr. Guillermo Dávila G.

CRIMINOLOGIA: Dr. José Gómez Robledo

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 Lema

JEFE DE REDACCION, DR. JUAN PEON DEL VALLE

ARSAMINOL

Registro N° 7075 - D.S.P.

(Sal arsenical pentavalente)

*Solución a la concentración de 26,15 % (Adultos, 1 c.c. = 0 gr. 05 de As)
y de 13,06% (Niños, 1 c.c. = 0 gr. 025 de As) del
"3 acetilamino 4 oxifenilarsinato de dietilaminoetanol."*

**Medicación arsenical rigurosamente indolora
por las vías sub-cutánea e intra-muscular**

DEBIL TOXICIDAD - TOLERANCIA PERFECTA - NINGUNA ACUMULACION
SEGURIDAD DE EMPLEO A DOSIS ELEVADAS Y ACTIVAS

Sífilis

y

Heredo-Sífilis

Tripanosomiasis - Paludismo

TRATAMIENTO DE ASALTO Y DE CONSOLIDACION

Inyéctese de 3 a 5 c.c. dos ó 3 veces por semana

2 FORMAS :

AMPOLLETAS de "ARSAMINOL"

de 3 c.c. (0 gr. 15 de As) y de 5 c.c. (0 gr. 25 de As)

ARSAMINOL INFANTIL:

Ampolletas de 1,5 c.c. (0 gr. 025 de As)

LABORATORIOS CLIN - Comar & Cie, 20 Rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris V^e

AGENCIA GENERAL : 9^o de Balderas N° 132 - Apartado 1977 - México, D.F.

EDITORIAL

NECESIDAD DE QUE SE ESTABLEZCA EN MEXICO UNA LEGISLACION SOBRE ALIENADOS

DESDE que en 1793 Pinel en Francia y William Tuke en Inglaterra, reivindicaron al vesánico de la triste suerte en que se encontraba, para elevarlo a la dignidad de enfermo, casi todos los países de Europa hicieron un movimiento en su favor y empezaron a establecer sanatorios debidamente acondicionados para que se le cuidara y atendiera, pero al mismo tiempo disposiciones y leyes que lo comprendieran y protegiesen.

Esquirol, continuador de Pinel, en colaboración con Falret y Ferrus, ejerció enorme influencia para que Francia promulgara su famosa "Ley de 20 de Junio de 1838 Sobre los Alienados", de la cual se calcaron muchas otras que se han puesto en vigor en numerosos países. La legislación francesa estatuye preferentemente lo relativo a los establecimientos para alienados, el internamiento de éstos y su responsabilidad civil y penal, más tarde completada por la ley de Saint-Gall, relativa a los bebedores habituales, expedida el 19 de noviembre de 1890 y por las modificaciones y proyectos de 1862, 1870, 1872, 1886, 1887, 1907, y otros menos importantes.

El ejemplo de Francia interesa a naciones del Viejo y Nuevo Continente que se preocupan en que los actos y destinos de los insanos estén reglamentados en concordancia con los códigos y de acuerdo con la época y las necesidades de ellas.

Y así, sólo para citar algunos ejemplos, vemos que en España se hace la legislación conforme al Código Civil de 24 de julio de 1889 y al Código Penal de 30 de agosto de 1870, modificados por el Real Decreto de 19 de mayo de 1885, "Sobre la Reclusión y Observación de Dementes" y al de 1º de septiembre de 1897, referente a "Los Locos Procesados", con su capítulo especial acerca de "Los Dementes Militares", y recientemente, el 28 de julio de 1925, se forma una comisión integrada por los doctores Murillo, Juarros y Saldaña, con objeto de proponer los medios más eficaces para organizar con sentido moderno y científico la asistencia de los alienados y para reformar la legislación sobre enfermos mentales. En Argentina se promulga la ley de acuerdo con el Código Civil de 1869, corregido por las modificacio-

nes hechas en 1882, y con el Código Penal del 30 de septiembre de 1921; en Uruguay, aplicando la parte respectiva de los códigos promulgados en 19 de septiembre de 1893, reformados por la ley del 20 de abril de 1914; y en Chile, con relación a los códigos del 29 de octubre de 1873.

En otros países se ve también la preocupación por estos asuntos, como lo revelan Suiza y Perú en sus avanzados proyectos de 1918, Alemania en el de 1925, Rusia que desde 1899 creó el "Sistema del Patronato Familiar de los Alienados" y muchos más que han comprendido su importancia.

Los problemas que en todas las legislaciones se estudian y resuelven acerca de los alienados, se desprenden necesariamente de los códigos civil y penal de cada país, y fundamentalmente se refieren a lo concerniente a los establecimientos de alienados oficiales y privados, al personal de médicos y enfermeros, a los certificados médicos de internamiento, a las secuestraciones arbitrarias, a la interdicción de los vesánicos, a lo concerniente a sus bienes, herencia y matrimonio, a sus condiciones jurídicas y administrativas, a su capacidad civil y penal, a su situación legal, a los errores de conducta a que dan lugar, suicidios, homicidios y otros graves actos, propios, estos últimos, de los alienados criminales y, en una palabra, a extender la protección médica y legal a los seres privados de la razón y a la sociedad para que pueda defenderse de ellos.

En México, a pesar de la promulgación de nuevas leyes, de la modificación de otras, como ha sucedido con los códigos penal, civil y de procedimientos en los últimos tiempos, de acuerdo con las reformas sociales que nuestra Revolución ha traído, no existe, sin embargo, una conveniente legislación sobre alienados, pues si a éstos se aplican determinados artículos de los códigos, no hay propiamente una ley de conjunto donde se prevea y defina todo lo que a ellos se refiere. Solamente se ha hecho una labor parcial, como la ley sobre toxicómanos expedida por el Departamento de Salubridad Pública, que ahoga toda iniciativa para establecer sanatorios particulares para tal clase de pacientes.

Este hueco se viene sintiendo cada día más, toda vez que está en desacuerdo con muchos de los adelantos que hemos tenido, como la formación del Consejo de Defensa y Prevención Social, del Tribunal para Menores, de la reorganización del Manicomio General, de la implantación del estudio de las aptitudes vocacionales y otros que tienen como base principios psicológicos y sociales aplicados a la vida actual, en los sanos y en los enfermos respectivamente, y además por la obligación moral que tiene nuestro país, ya que fué el prime-

ro de América y uno de los primeros del Mundo en el contasturbe hospital para enajenados.

La falta de esta legislación favorece múltiples trastornos que continuamente se presentan, como actos anormales o delictuosos cometidos por alienados que están libres, quejas de supuestas secuestraciones y, por otro lado, carencia de normas para los peritajes, estudios y dictámenes oficiales o particulares que sirvan de base para formular los certificados de internamiento y juicios de interdicción, además de otros muchos de carácter médicolegal.

Los médicos, sobre todo los que cultivamos el estudio de las enfermedades mentales, estamos expuestos a acusaciones y censuras de la opinión pública, dirigidas en muchas ocasiones por la prensa perversa y amarillista, ya que la índole de nuestra labor profesional está en la atención y asistencia de los orates dentro del medio familiar de éstos o del sanatorio, y bien sabida es la reacción antisocial del vesánico, su frecuente actividad persecutoria y querellante y su inadaptabilidad.

Ojalá que el desarrollo que se está verificando entre los médicos de las últimas generaciones por el estudio de la Psiquiatría, haga que se fije la atención de nuestros legisladores y establezcan la ley que tanto necesitamos, pues como piensa Damaye, la Psiquiatría, muy poco conocida, muy poco o mal comprendida, será ciencia eminentemente bienhechora si desarrolla su terapéutica clínica y si extiende su papel social. El porvenir le dará más y más la misión de ayudar a nuestros gobiernos, a nuestros legisladores, a todos los que guían nuestros destinos y realizan el noble papel de protección a los débiles; ayudará a la sociedad normal, contra las reacciones y los actos de los psicópatas, de los semilocos, de los anormales de quienes el mundo no se preocupa aún grandemente y que originan, sin embargo, la gran causa de sus perturbaciones.

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

MEXICO, D. F.

10a. Calle Puebla 193

Apartado 533

LAREDO TEXAS

2202 Zaragoza St

ESPERMINA

DR. BUDALLES

Hormona cristalizada de las glándulas testiculares

TONICO NERVIOSO

INDICACIONES

Neurastenia	Diabetes	Impotencia Viril
Histerismo	Oxaluria	Hipostenia Gástrica
Atrofia Muscular	Fosfaturias	Anestiasias
Parálisis	Artitrismo	Constipación
Tabes		Anemias

Amplia experimentación clínica e innumerables testimonios médicos

Cajas de 6 inyectables de 2 c.c. de aplicación indolora
REGISTRO No. 11362 D. S. P.

LABORATORIOS HIGIA, S. A.
Av. Chapultepec, 449

MEXICO, D. F.

Sistema Nervioso y Glándulas Endócrinas

Por el Dr.

FERNANDO OCARANZA

Tres acciones directivas actúan sobre los organismos superiores: la nerviosa, la endocriniana o química, y la neuroendocriniana o neuroquímica. El último aspecto nos interesa por el momento, y, desde luego, debo advertir que no se realiza en un solo sentido:

sistema nervioso \longrightarrow sistema endocriniano; o bien,
sistema endocriniano \longrightarrow sistema nervioso; sino en los dos sentidos a la vez, lo cual expresamos por medio de la fórmula siguiente:
sistema nervioso \longleftrightarrow sistema endocriniano.

La influencia del nervioso sobre el ineretorio, tendría cierto aspecto muy peculiar, de acuerdo con las ideas desarrolladas por Gley, cuando sustentó ante nosotros su memorable curso de fisiología.

Quiero recordar que, según el parecer de tan ilustre fisiólogo, la función secretante en las glándulas de secreción externa, se realiza muy principalmente bajo la influencia del sistema nervioso, exceptuando al riñón; y que en las glándulas de secreción interna sucede precisamente lo contrario. Sin embargo, Gley mismo y Quinquaud han demostrado que la secreción y movilización de la adrenalina aumentan con motivo de la excitación de los nervios suprarrenales, y Ochoterena nos muestra magníficas microfotografías de los nervios que penetran en el seno mismo de los islotes de Langerhans, diseminando sus cilindroejes alrededor de las células integrantes.

Por otra parte, es un hecho de conocimiento común que tales o cua-

les substancias segregadas por las glándulas de secreción interna actúan como agentes farmacodinámicos de los sectores constituyentes del sistema nervioso órganovegetativo y que la elevación permanente del tono en dichos sectores (simpático y parasimpático) determina o coincide con aspectos psíquicos, característicos por excelencia. En tal caso, encontraríamos por lo menos la acción indirecta de los "mensajeros químicos" sobre las funciones más elevadas del sistema nervioso de relación.

Estas palabras ofrecen el hecho en lo que tiene de general; pero no bastan para sostener la tesis que sustento, y por ello se requiere presentar los casos o acciones concretas que corresponden a cada una de las glándulas de secreción interna.

En primer término quiero mencionar las relaciones del tiroide con el sistema nervioso.

No cabe duda que en los casos de hipotiroidismo y atiroidismo—el primero cuando es temprano—saltan a la observación clínica las profundas modificaciones de la memoria, de la afectividad y de la ideación, las cuales, o están más o menos deprimidas en el hipotiroideo, o son prácticamente nulas en el tireoprivo, surgiendo en este mismo las manifestaciones características de la crueldad y de la irascibilidad. Con respecto a los atiroideos, podría pensarse que un mismo motivo determinaría la aplasia tiroidea y la hipoplasia o la meopraxia cerebral, y en tal caso la lesión nerviosa no podría considerarse como necesaria consecuencia de la tiroidea, sino la una y la otra como dependientes de una causa común. Sin embargo, la depresión mental que ocurre después de la supresión del tiroide, de su atrofia, de su esclerosis o de su hipoplasia progresivas, sería legítimo explicarla por el hipo o el atiroidismo. Aparte de lo indicado, la somnolencia puede ocurrir en las circunstancias planteadas y la experimentación en animales demuestra que la extirpación del tiroide puede ser causa para la sordera y determinadas perturbaciones visuales. El primer hecho tendría relación con la frecuente sordomudez de los atiroideos congénitos y de los hipotiroideos tempranos. En animales de laboratorio, asimismo, se ha denotado la paraplejía o la paraparesia después de la extirpación tiroidea, sin que haya sido posible explicar el mecanismo de tal consecuencia.

Como hechos de contraprueba, relativos al papel que desempeña el tiroide sobre el sistema nervioso, podrían presentarse los casos de mejoría o curación de la epilepsia y de las depresiones mentales infantiles por medio de los extractos tiroideos.

¿De qué manera obraría el tiroide sobre el sistema nervioso de relación? Este punto no puede resolverse aún por medio de una explicación integral, y pudiera suceder que su acción fuese variable o abarcase distintos aspectos de la función metabólica. Por ejemplo, diversos estados demenciales, explicables por sobrecarga lipídica de los soma neuronales, coinciden con lesiones más o menos avanzadas del tiroide; podría pensarse también en la perturbación metabólica del fósforo, la cual estaría normalmente bajo la dependencia de la glándula tantas veces mencionada, o, en fin, atenerse a las investigaciones de Ozorio de Almeida acerca de los cambios respiratorios del sistema nervioso observados "in vitro". En tales condiciones, agregando extractos tiroideos crece la intensidad de dichos cambios.

Las relaciones del tiroide con el sistema nervioso órganovegetativo aparecen con claridad mayor que las demostradas o supuestas con respecto al sistema nervioso de relación. Actualmente no cabe duda que se trata, en el caso, de una interacción, o, con mayor propiedad, de una acción recíproca, de acuerdo con la fórmula que aceptamos ya. La secreción tiroidea depende en cierto modo, aunque según parece no exclusivamente, de las excitaciones procedentes del vago y del simpático, sin que existan, por cierto, las relaciones embriológicas que se han dicho repetidas veces, entre un sector cuando menos del sistema autónomo y la médula suprarrenal. A pesar de esto mismo, afinidades y relaciones se establecen muy pronto y en forma tal, que se ha tomado al tiroide y a otras glándulas de secreción interna como un sistema interpuesto entre el neurovegetativo y los órganos; con la circunstancia de que dicha interposición no es motivo de retardo o tropiezo, sino muy al contrario, de acciones múltiples, oportunas y variables, como son las que corresponden a los "mensajeros químicos".

Cuando se toman los hechos en sentido inverso, es decir, los que nos revelan acciones hormonícas sobre el sistema nervioso órganovegetativo, nos resultan positivos también. Por ejemplo, un conjunto de síntomas de la enfermedad de Basedow, como son: taquicardia, eretismo cardíaco, hipertensión, exoftalmía, perturbaciones vasomotoras y sudorales, revelan un permanente y elevado tono del simpático, a un grado tal, que la enfermedad de Basedow fué tomada por algunos como determinación del simpático; hipótesis que no pudo sostenerse en vista de que la disendocrinia precede a la distonía del simpático y aparte ocurren síntomas paralelos cuyo origen vagal parece indiscutible.

El choque coloidoclásico ocurre rápidamente bajo la subordinación

decisiva del organismo al gran simpático; pero es más probable cuando existe un fondo de distiroidia.

Los fenómenos concomitantes con la emoción, reveladores de esta misma o determinantes del fenómeno subjetivo—queremos colocarnos en tres campos distintos—, se desencadenan bajo la influencia del simpático. Pero esto mismo ¿ocurre directamente, o bajo el gobierno del “mensajero químico”? Con el respecto, se debe tener presente que hipertiroidismo y emoción tienen manifestaciones semejantes, cuando no iguales: rubor, taquicardia, sudor, temblor. Por otra parte, no debe perderse de vista que los hipertiroideos y basedowianos son individuos irritables, inquietos o cuando menos de emociones fáciles y prontas, y, además, que un tranquilo hipotiroideo se transforma en emotivo bajo el tratamiento tiroidiano intenso.

Debo advertir, por otra parte, que la emotividad del hipertiroideo no está considerada universalmente como una dependencia de la circulación excesiva de hormonas tiroideas maduras o desvirtuadas, sino como una consecuencia de la hiperadrenalinemia, frecuente o constante en aquel estado. En tales circunstancias, la emotividad podría explicarse de dos maneras: o bien el hipertiroidismo determina el exceso de adrenalina circulante y esta misma es la causa de la irritabilidad permanente y motivo para desencadenar la emoción, o se requiere la sensibilización previa del simpático por las hormonas tiroideas y a la adrenalina toca el resto.

Las relaciones que existen entre las paratiroides y el sistema nervioso se revelan por un hecho evidente: la predominancia y la gravedad de la sintomatología nerviosa en los paratireoprivos y en los deficientes paratiroidianos. Efectivamente, lo fundamental después de la extirpación total de las paratiroides en el perro, es la hiperexcitabilidad neuromuscular, “que se traduce clínicamente por la tetania aguda”. Este calificativo nos indica que existen varias formas. Sí, en realidad, ya que se han descrito la forma aguda y la forma latente; y, esta misma, de una interpretación disímil, según los autores que la intentaron.

El período de incubación de la tetania, si es propio considerar así el período previo de silencio, estimase por lo regular en 48 horas. Su manifestación primera es la fibrilación de la lengua; ocurrirán después temblores musculares diseminados, que comparó L. Morel a los que se observan en los caballos picados obstinada e indistintamente por las moscas.

El verdadero ataque de tetania ocurrirá más tarde y será espontá-

neo o provocado por la luz o por algún ruido intenso. Diversos autores nos han dado muy buenas descripciones del ataque. Menciono, por ejemplo, los nombres de Morel, Biedl, Noel Paton y Findlay, etc.; mas quiero seguir a Garnier y Turpin, cuya observación es verdaderamente genial. Los estremecimientos comienzan en los maseteros y los temporales; ocurren después en la lengua, los labios, las orejas y los miembros superiores; después se generalizan, amplificándose más y más temblores, hasta que se transforman en convulsiones clónicas y estas mismas en tónicas.

La fase clónica dura de dos minutos a una hora, observándose movimientos muy característicos en las patas anteriores y posteriores. En las primeras, su movimiento en conjunto recuerda el de la natación; en las segundas, parece un movimiento de pedal.

Durante la fase tónica, el animal (perro) está completamente rígido y tumbado sobre un costado, con la circunstancia de que las patas que no están sobre el suelo se mantienen constantemente a cierta altura. La nuca permanece en extensión, el labio superior, retraído, descubre los caninos, y, según Morel, puede observarse a las veces la mordedura de la lengua.

Prescindiré de describir los síntomas concomitantes durante los accesos de tetania. En cambio, creo conveniente referir los neuromusculares observables durante los intervalos.

Por cuanto se refiere a la movilidad, son de dos clases: hiperesténicos e hiposténicos. Entre los primeros, ocupan los temblores lugar preferente; entre los segundos, las parálisis; por ejemplo, la de los músculos extensores de las manos en el mono, y de los masticadores en el perro.

La marcha misma toma un carácter muy peculiar y la del perro se ha comparado a la que tiene la hiena como característica.

Debe sufrir, además, dolores intensos, que se revelan por chillidos y gemidos; y prurito, sobre todo en las patas y en el hocico.

Se supone, asimismo, que no se perturban los sentidos del gusto y del olfato, ya que el animal prefiere para beber el agua pura y rehusa la endulzada o la acidulada. Por cuanto se refiere al sentido de la vista, se ha observado midriasis y estrabismo convergente o divergente.

Los vínculos del sistema nervioso con la hipófisis, son sumamente apretados en el sentido anatómico y topográfico, a un grado tal, que en lugar de hacer la descripción de la hipófisis aisladamente, se dice

de una región infundibulotuberiana, integrada por los dos lóbulos hipofisarios, la parte intermedia, el tallo, el infundíbulo y el tuber cinereum. El lóbulo anterior y la parte intermedia son glandulares, o, si parece mejor, celulares; el lóbulo posterior es neuroneuróglíco y para conocer en detalle su estructura, recomiendo los trabajos de Anastasio Vergara. El tuber cinereum cierra la parte inferior del diencéfalo y a la vez la del tercer ventrículo, junto con los demás órganos diencefálicos inferiores. Sus límites están definidos hacia adelante por las cintillas ópticas y hacia atrás por los pedúnculos cerebrales. Encuéntrase en su seno formaciones nucleares muy precisas, como son: el núcleo periventricular justatrigonal, el núcleo ventral del tuber, el grupo supraóptico de Lenhossek y Kolliker, subdividido por Cajal, Spiegel y Zweig en dos porciones: la supraquiásmática y la supraóptica; por último, el núcleo menor supraóptico accesorio.

Durante un período de la historia hipofisaria, cuando se tomó tan sólo a la propia glándula pituitaria como neurocrina, se dió en suponer que la actuación de los diversos núcleos tuberianos estaba subordinada a la excitación determinante por las hormonas de la hipófisis y que a la vez la secreción de esta misma quedaba bajo la dependencia de los núcleos cinerianos, cerrándose así un estrecho círculo neuroendocrino en la base de los hemisferios cerebrales.

En la actualidad no se niega la función neurotrópa de la hipófisis; pero a ella deben agregarse las funciones gonadotrópa y somatotrópa, con lo cual la propia glándula reivindica su posición endocriniana.

El hecho mejor definido acerca de las funciones peculiares de la región infundibulotuberiana, con respecto al tema que ahora explotamos, es la función hípnica, prevista desde 1890 por Mauthner cuando describió lo que llamaríamos hoy síndrome diencefálico de narcolepsia y parálisis ocular. El propio autor aseguraba que la "nona", cuyo nombre se convirtió al través de los años en el de encefalitis epidémica, dependía de lesiones peculiares "colocadas en la substancia gris central, donde se encuentra el centro regulador del sueño".

Las necropsias practicadas en los últimos años, con el fin de precisar la lesión anatomotopográfica correspondiente a la encefalitis epidémica, no hicieron más, sino confirmar lo previsto desde el año de 1890.

En la actualidad la hipersomnia suele desempeñar el papel de síntoma cabeza de fila en los tumores hipofisarios, o en todo caso, es uno de los más constantes; pero, en verdad, lesiones de naturaleza disímil: esclerosis, reblandecimiento, embolia de lugares distintos de la parte

inferior del diencéfalo, pueden producir la hipersomnía, en la misma forma que la determinan los tumores hipofisarios. La zona mayormente sensible, de acuerdo con las experiencias de Demole, corresponde al infundíbulo hipofisario; pero se extiende desde la lámina terminal y el recesus prequiasmático hasta los tubérculos mamilares, en sentido anteroposterior; lateralmente no va más allá de los núcleos laterales del tuber y de la región subtalámica. Por otra parte, Lhermithe y Tournay señalan a la substancia gris del piso del tercer ventrículo como el lugar donde se acumulan los centros hipóxicos.

Sucede a las veces que una lesión hipofisaria intencionada, en el perro, determina fenómenos de excitación que adquieren un sello especial: el animal mantiene alerta su atención, pues mueve la cabeza y mira hacia uno y otro lado con una expresión muy peculiar, al menor movimiento o con motivo del ruido más leve; después ladra y se previene. Se ha dicho que aparte de los centros hipóxicos, la región infundíbulo-tuberiana contiene centros destinados a regularizar las funciones psíquicas.

La glándula pineal, aparte de las células pineales, que serían las características, de las ependimarias, de las conjuntivas y de las "indeterminadas", contiene elementos de la neuroglia, en los diversos aspectos de macroglia, microglia y oligodendroglia; células nerviosas, o más bien somas neuronales y fibras nerviosas; más aún, formaciones especiales como la neuroganglionar de Marbourg y la neuróglia de Dimitrova. A pesar de tan vasta contribución de elementos neuroneuróglícos, la epífisis continúa pasando lista de presente entre las glándulas endócrinas; quizá fuera conveniente atribuirle el papel de órgano, que forma el lazo de unión entre las funciones neuróglícas y las endocrinianas.

A pesar de todo, brillan por su ausencia los síntomas nerviosos y psíquicos en los síndromes pineales mejor definidos como, por ejemplo, en la **macrogenitosomía temprana**; lo propio sucede en el **dispinealismo** de Marbourg y en el **apinealismo de Foa**, casos que demuestran, a lo sumo, el papel **somatotrofo y gonadotrofo** de ciertos territorios nerviosos diencefálicos.

Las relaciones del timo con el sistema nervioso son punto menos que desconocidas, pues tan sólo se sabe que los extractos de timo, inyectados, exaltan los fenómenos correspondientes a la excitabilidad galvánica y determinan, cuando menos en la rana, intoxicación del tipo estricnina.

Hasta el momento no se sabe con seguridad si la adrenalina ejer-

cita acción directa sobre el sistema nervioso de relación. Ya he dicho lo que corresponde al gran simpático. Sin embargo, una hipertonia muy acentuada del último sistema puede ser un motivo para que ocurra el estado mental considerado como propio y que se revela fundamentalmente por excitación, exaltación o ansiedad. El Don Quijote, que anima al simpaticotónico, mientras Sancho hace lo propio con el vagotónico, son casos conocidos. La metáfora es vieja; pero no manida.

Inversamente, los nervios espláncicos excitados determinan descargas de adrenalina hacia la circulación. El punto se ha debatido, pues la escuela de Gley consideró la hipertensión arterial reveladora, como una dependencia del espláncico excitado y no como acción adrenalínica. Para resolver el punto fué necesario extirpar las suprarrenales y proceder después a la excitación del espláncico. No cabe duda de que, en el caso, se levanta, asimismo, la presión arterial; pero conservadas las suprarrenales, la curva llega a una altura mayor y ostenta dos cúspides características. En el caso del espláncico con evisceración suprarrenal, el alza de la presión se debe a la vasoconstricción, que ocurre en su zona de distribución. La hipertensión cuando las suprarrenales se conservan, depende de una acción más vasta y manifiesta una indiscutible adrenalinemia.

Las consecuencias del piquete diabético sobre el piso del 4º ventrículo fueron interpretadas recientemente como una determinante adrenalínica sobre el metabolismo hepático de los hidratos de carbono, lo cual obligaría a suponer un centro secretante adrenalínico en la región mencefálica del eje cerebroespinal.

Houssay y Molinelli han demostrado un centro adrenalinosecretante hipotalámico—diríamos mejor diencefálico—en plena región infundíbulotuberiana.

La existencia de un centro medular un poco arriba del punto de emergencia del III par torácico, es un punto muy discutible todavía.

La "interrelación" neuroendocriniana podrá contar con mayor número de casos de los que llevo enumerados y dar lugar a muy otra clase de consideraciones; pero he preferido mantenerme dentro del terreno cercado de la prudencia.

BIBLIOGRAFIA

- ASHER y FLACK.—Nachweis der Wirkung eines inneren sekretes der Schilddrüse. Zentralblatt für Physiologie. N° 24. 1910.
- ENRICO MARTINI.—"Giornale della R. Ac. di Medicina di Torino".—Abril de 1904.

- SANTENOISE.—Pneumogastrique et glandes endocrines". Paris. 1927.
- MISSIROLI.—"Sulle alterazione della ghiandola tiroide in seguito alla resezione del simpatico cervical". Archivio di fisiologia. 1909.
- PARHON.—"Bulletin et Memoires de la Societé de Neurologie et Psychiatrie de Jassy". 1919. 1920. 1921.
- OZORIO DE ALMEIDA.—"Contribution a l'etude des relations entre l'intensité du métabolisme et la capacité fonctionelle du systeme nerveux. Action de la thyroïde, etc." "Journal de Physiologie et de Pathologie Generale". Octobre de 1925.
- PERRIN y HAHNS.—XVIIIe. Congres Francais de Médecine. Burdeos. 1923.
- ETIENNE y RICHARD.—"Glandes et émotions de bombardement".—Société Médicale de Nancy. 24 de novembre de 1918.
- GARNIER y TURPIN.—"Les Paratryroides". Traité de Physiologie normale et pathologique. Roger y Binet. Paris. 1928.
- LHERMITE y TOURNAY.—"Le sommeil normal et pathologique". "Revue Neurologique". Junio de 1927.
- LAIGNET-LAVASTINE.—"Anatomie pathologique de la glande pinéale. Encéphale". 1921.
- JEAN CAMUS y J. ROUSSY.—"Les syndromes hypophysaires". "Révue Neurologique". 15 de oct. de 1925.
- LEREBoulLET.—"Les syndromes hypophysaires et epiphysaires en clinique infantile". 1924.
- PACHON.—"Considérations physiologiques sur les rapports fonctionelles du sympathique et des glandes endocrines". Congrès francais de Médecine. Burdeos. 2 de septiembere de 1923.
- HOUSSAY y MOLINELLI.—"Sécrétion réflexe d'adrénaline". C. R. de la Societé de Biologie. 1924-25.
- TOURNADE y CHABROL.—"Sécrétion réflexe d'adrénaline". C. R. de la Societé de Biologie. 1925.
- CANNON y RAPPORT.—"Studies on the condition of activity in endocrine glands". "American Journal of Physiology". 1921.
- G. DUMAS.—"Traité de psychologie". Paris. 1923.

Síndrome de Psicosis Polineurítica por Administración de Acetato de Talio en Dosis Tóxica

Por el Dr.

SAMUEL RAMIREZ MORENO

(Trabajo leído en la Sociedad
Mexicana de Medicina Interna.—
Junio 21 de 1934).

El niño C. J. C., de 7 años de edad, oriundo de Celaya, Gto., estudiante de primaria, tiene como antecedentes familiares que dos de sus hermanos, uno mayor y otro menor que él, sufren enfermedad de Little, pero sin antecedentes de importancia, pues era un niño de desarrollo físico y mental normales y no ha padecido enfermedades serias. Se contagió de tiña en la escuela y, con ese motivo, fué llevado a consultar a un médico, quien le prescribió acetato de talio a la dosis de 1.50 grms. (¡un gramo cincuenta centigramos!)¹ en tres papeles (0.50 grms. por papel), para tomar uno diario. Después de la ingestión del primer papel, presentó síntomas de intoxicación poco marcados: cefalea, lasitud, astenia y vómitos; pero por la benignidad aparente que tuvieron, los familiares no les dieron importancia y al día siguiente le administraron el segundo papel. Poco después de tomarlo se presentó francamente un cuadro de intoxicación aguda: vómitos rebeldes que persistieron dos días, cólicos que fueron en aumento de intensidad, cefalea violenta y persistente, depresión física y mental, hipotermia con tendencia a la algidez, taquicardia (120 pulsaciones por minuto) y pequeñez del pulso, anasarca con predominio de edema en la cara, oliguria, signos de nefritis, cuyos datos, por los informes recogidos, fueron de albuminuria exagerada y marcada cilindruria.

¹ Siendo el peso del niño de 20 kgs., le correspondía, como dosis máxima, 16 centigramos, es decir, la cantidad de 8 miligramos por kilo de peso.

Tales aparatosos síntomas duraron como cuarenta y ocho horas y fueron decreciendo poco a poco en los días subsecuentes, manifestándose sólo por proceso de gastroenteritis y nefritis subagudas; la albuminuria bajó a 0.40 grms., la cefalea se atenuó y hasta algunos fenómenos llegaron a desaparecer, menos los cólicos, que persistieron con la misma intensidad.

Durante este tiempo se produjo la apoplecia tállica.

Conviene aclarar que, por fortuna, el niño ya no tomó el tercer papel, de tal modo, que el total de la dosis ingerida fué de un gramo, pues de haber tomado el gramo y medio, seguramente hubiese muerto.

Doce días después de la administración de la sal tállica, y cuando parecía que el mal iba en franca mejoría, aparecieron síntomas mentales y nerviosos, expresados por marcada torpeza intelectual, hasta la obnubilación; insuficiencia de percepciones; aprosexia; hipoconciencia; incompreensión; lentitud marcada en su asociación de ideas; traduciendo esto un **síndrome de confusión mental estuporosa**; además, crisis convulsivas alternando con estados de inmovilidad y depresión profundas; pero, sobre todo, la aparición de atrofia muscular, generalizada con localización preferente en los miembros inferiores y de evolución progresivamente rápida.

Subsecuentemente se presentaron otros síntomas con la marcha incesante de la atrofia, como contracturas y parestias musculares en los miembros inferiores; actitud en gatillo de fusil; rigidez de la nuca; signo de Koernig y de Brudzinski; incoordinación motora muy marcada, afectando el aspecto de la cerebelosa; imposibilidad de permanecer en pie y sentado; asinergia; dolor a la presión en las masas musculares y al tratar de poner en extensión los miembros; exageración de los reflejos tendinosos y disminución de los cutáneos; parestia de los músculos motores del ojo; nistagmus de mediana intensidad y dermatografismo. Como dato negativo, hay que mencionar la integridad de las funciones esfinterianas.

Este cuadro, que a un primer golpe de vista presenta el aspecto propio de la meningitis o, por lo menos, de un síndrome que tradujera principalmente un proceso de irritación meningoencefálica, evolucionó, sin embargo, sin fiebre y más bien con hipotermia; el estudio del líquido céfalorraquídeo no reveló signo alguno de proceso meníngeo, pues tanto el número de leucocitos como la cantidad de albúmina fueron normales; no hubo presencia de globulinas, investigadas por diferentes métodos, y las reacciones coloidales, del mastic bicolorido, de Bordet-Wassermann, de Kolmer y de Müller, fueron completamente negativas.

La acción tóxica del talio no obraba preferentemente sobre los centros nerviosos, sino sobre los troncos y las ramas de los nervios periféricos, especialmente de los nervios inferiores, ciático, crural, peroneos, tibial anterior, etc., con ataque dominante en sus funciones motoras, pero cuyo sufrimiento se expresaba por amiotrofia intensa, parestias, incoordinación, adolorimiento en las masas musculares y sobre el trayecto de algunos nervios, la exaltación de los reflejos tendinosos, que revelaba sólo la irritación tóxica del nervio y no la degeneración del mismo, que se acompaña de abolición de éstos, como suele suceder en otras **polineuritis** provocadas por causas bien conocidas, por ejemplo, la alcohólica.



Fig. 1

Ha habido, además, síntomas de anemia; el examen hematológico reveló que había 4.100,000 glóbulos rojos y 10,000 glóbulos blancos por milímetro cúbico; la fórmula leucocitaria dió: linfocitos, 34; grandes mononucleares, 7; polinucleares neutrófilos, 56; eosinófilos, 2; polinucleolares basófilos, 1. Vélez negativo, II-34 III-53. Índice polinuclear, 280. Imagen de Arneht desviada a la derecha.

Este **síndrome de polineuritis** principió, evolucionó y va mejorando como adelante indicaré, juntamente con el **síndrome psíquico confusio-**



Fig. 2

nal ya descrito, por lo que se ve la coincidencia de ambos, constiyendo el conjunto un proceso que podemos calificar como de **psicosis polineurítica**, ya que tenemos presente el hecho de que algunas polineuritis se acompañan de perturbaciones mentales, como sucede en la de origen alcohólico, a la que se adiciona un cuadro psíquico también confusional, con caracteres especiales, amnesia de fijación y fabulación, lo que constituye la psicosis de Korsakow.



Fig. 3

La sintomatología descrita persistió con los mismos caracteres, a excepción de la amiotrofia, que se iba haciendo más notable, hasta dar un aspecto esquelético al enfermo, como se ve en las fotografías 1 y 2, donde, además, se aprecian las contracturas ya señaladas y el dolor que se produce cuando se quieren extender los miembros inferiores. (Fig. 2.)

La alopecia patognomónica que se observa en todas las ilustraciones, especialmente en la núm. 3, es la acusadora del agente tóxico.



Fig. 4

El síndrome de psicosis polineurítica con predominio motor se sostuvo en tales condiciones por tiempo aproximado de un mes, cuando tuvimos la ocasión de ver al enfermo, y entonces le sometimos a un tratamiento de inyecciones de solución salina hipertónica al doce y medio por mil, aplicándolas por vía endovenosa, al principio en dosis de 10 y después de 20 c. c. Desde el principio de este tratamiento el enfermo empezó a mejorar francamente, y al cabo de tres semanas, según se aprecia en la figura núm. 4, después de 29 inyecciones ya podía andar; la amiotrofia, contracturas, incoordinación, dolores, etc., se habían corregido de modo extraordinario, sin que quedasen signos de atrofia o parálisis persistentes, y en cuanto al estado psíquico patológico, se ha disipado por completo y el niño ha recuperado totalmente su normalidad mental.

México, 21 de junio de 1934.

Comentario, por el Dr. Jesús González Urueña

La historia anterior es muy semejante a la que publicamos en la "Revista Argentina de Dermatosifilología", tomo XVI, año 1932, pág. 330. En ambas, por errores funestos, se administraron cantidades enormes de acetato de talio; en el caso anterior, 1 gr. 168 en el espacio de nueve días; en este, 1 gramo en dos días. En los dos sujetos se presentaron los mismos accidentes, apareciendo en el primero, que era un adulto de 25 años, dos semanas después de la última ingestión de sal tálica, y en el niño desde luego, con caracteres de intoxicación aguda. En uno y en otro el cuadro nervioso fué análogo: una psicosis polineurítica muy grave; pero en el adulto, tratado fundamentalmente por inyecciones endovenosas de hiposulfito de sosa, el alivio fué muy lento y dos años después quedaban restos de la intoxicación, consistentes en amnesia muy marcada para los hechos anteriores a la ingestión del veneno. En el niño, tratado por la solución hipertónica de cloruro de sodio por la misma vía, el restablecimiento de la salud fué rápido, pues al cabo de dos meses el estado del pequeño era casi normal. Quizá a la terapéutica empleada y a la edad del paciente se deba un éxito tan halagador.

Esta nueva observación demuestra también que el talio es capaz de producir un cuadro de polineuritis tóxica semejante al causado por el alcohol, el mercurio y el arsénico. Igualmente demuestra que la mayoría de los envenenamientos provocados con esta droga al tratar de curar las tiñas, no dependen del medicamento, sino de quien lo aplica.

Debido a la deferencia del señor doctor Ramírez Moreno, tuvimos oportunidad de examinar al niño dos meses después de iniciada la intoxicación, comprobando su marcha tan favorable. Damos gracias al distinguido compañero por habernos proporcionado la oportunidad de observar caso tan interesante.

*Un bismuto
aniónico antisifilí-
tico que penetra
eficazmente
las meninges*



Iodobismitol Squibb

El IODOBISMITOL está especialmente indicado en la profilaxis y tratamiento de la neurosífilis. Es un producto nuevo y diferente, pues contiene el bismuto en forma aniónica, y se ha demostrado que el bismuto en esta forma ofrece mayores posibilidades de penetración en las meninges.

El IODOBISMITOL protege al paciente y le produce un notable bienestar. No es tóxico aun cuando accidentalmente se inyecte en la vena. No produce más

dolor que otras preparaciones a base de bismuto. Puede usarse en cualquier estado de la sífilis, ya sea solo o en conjunción con la terapia arsenical.

El IODOBISMITOL es una solución estable de yodobismutato de sodio en glicol-etileno, conteniendo 12% de yoduro de sodio. Es fabricado exclusivamente por los laboratorios Squibb bajo licencia de la Stanford University, y se suministra en cajas de 10 y 100 ampollas de 2 c. c. y en frascos de 50 c. c.

Reg. No. 9928.—D. S. P.



Solicite literatura y muestras de

Establecimientos Mexicanos Colliere, S. A.

Plaza de la República 43, México, D. F.

Representantes de

E. R. Squibb & Sons, 745 Fifth Ave., Nueva York

Químicos Manufactureros Establecidos en el Año 1858.

Meningoencefaloceles —

Por el Dr.
CONRADO ZUCKERMANN

Concepto general

El meningoencefalocele es una malformación congénita caracterizada por la falta de desarrollo en una parte de la bóveda craneana, del plano óseo y la dura madre, quedando fuera de la cavidad una porción encefálica y de meninges blandas, cubiertas por el plano cutáneo.

Dada la importancia de la situación congénita fuera de la cavidad craneana de una porción del encéfalo, se le llama por muchos autores, solamente, **encefalocele**.

Por su semejanza con lo que acontece en el raquis, le denominan otros **espina bífida craneana**.

Etiología

Es un padecimiento raro. El doctor Mario Torroella, en el Servicio de Higiene Infantil de Salubridad, da una cifra de dos casos por cuarenta mil niños observados en cinco años.

Se atribuye su origen a la sífilis congénita, pero no siempre puede demostrarse el hecho.

Se trata de una deformación congénita del período embrionario, en que por ausencia del desarrollo en una porción de la dura madre, y del esqueleto, queda fuera de la cavidad una parte del encéfalo recubierto por la pia madre.

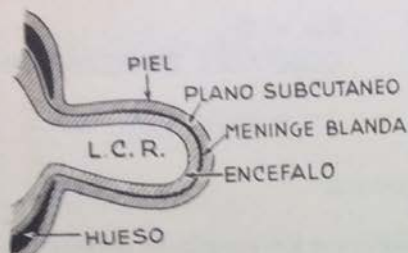
Anatomía patológica

El tumor tiene dos localizaciones principales; hacia atrás en la línea media, en el occipital, es el **encefalocele occipital** medio; y con mayor rareza en la porción anterior del cráneo, en tres lugares que ameritan denominarlos **encefalocele frontoorbitario**, **frontolagrimal** y el **frontonasal**.

Otras localizaciones son todavía más raras: línea media biparietal, etc.

Los encefaloceles posteriores son casi siempre de tamaño mediano o grande, en comparación con los anteriores, que por lo general son pequeños.

Si hacemos el corte de un encefalocele encontramos, de fuera a



Planos de un Meningoencefalocele

dentro, los siguientes planos: piel, tejido celular subcutáneo, meninges blandas, encéfalo y cavidad llena de líquido cefalorraquídeo.

En algunas ocasiones la cantidad de líquido es bastante grande y ameritan que se les denomine hidroencefalomeningoceles.

Más raramente están llenos de sustancia encefálica y se les

denomina encefalomas.

El examen microscópico del tejido encefálico de estos tumores, le muestra no bien diferenciado.

Sintomatología

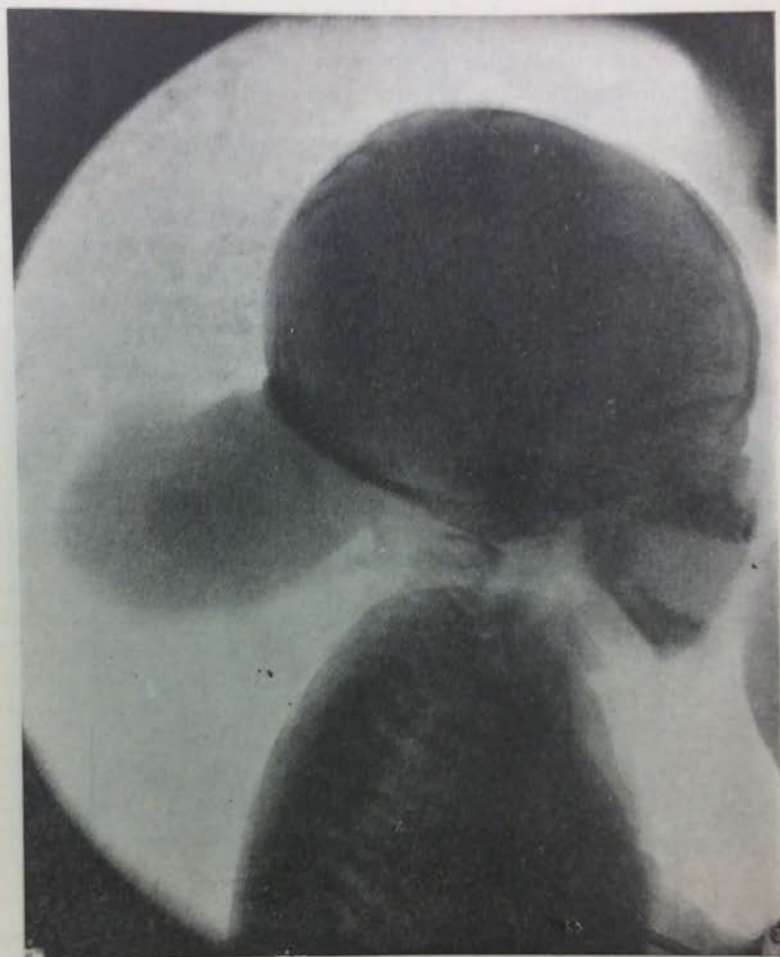
Se trata de un niño que desde el nacimiento tiene un tumor casi siempre posterior y medio. En ocasiones la madre ha notado que el niño es muy llorón y a veces tiene el signo de Sisto (llanto nocturno sífilítico), convulsiones, nistagmus, etcétera. El examen físico permite reconocer un tumor resistente, irreducible o muy poco reducible, colocado en la línea media y la piel que lo recubre tiene pelos escasos. En la base de implantación falta el plano óseo.



Meningoencefalocele occipital

Debe investigar-

se la existencia de otras malformaciones y de estigmas sifilíticos. En caso necesario hacer reacción de Wassermann en sangre y líquido céfalo-raquídeo. Investigaciones similares en sus padres.



Meningoencefalocele occipital, sombra radiográfica

Formas clínicas

Dos, los encefaloceles occipitales y los anteriores con sus distintas localizaciones. Otras formas topográficas son todavía más raras. El menos raro es el occipital.

Diagnóstico

Se hace basándose en que la tumoración existe desde el momento del nacimiento, es media y casi siempre occipital; es quística, renitente y no reducible, cuando menos, en totalidad.

En caso de mucha duda se podrá hacer punción y extracción del líquido céfalorraquídeo que contiene. Esta punción nunca debe efectuarse en los encefalocelos frontonasales, por vía nasal, por el peligro de la meningitis mortal. La radiografía también es útil.

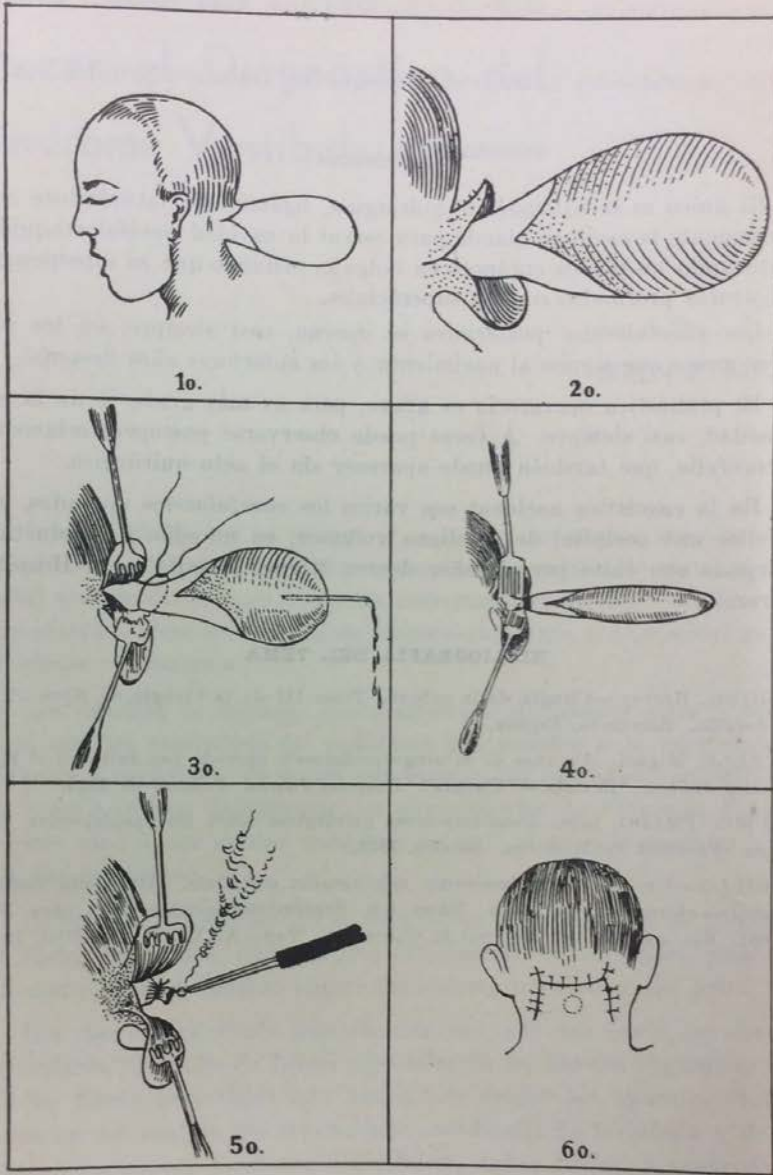


Meningoencefalocele occipital. Agujero óseo

El diagnóstico diferencial tendrá que hacerse en algunos casos, con quistes, angiomas, hematomas y lipomas. Casi siempre la ausencia de plano esquelético en la base de un tumor renitente, ayuda mucho a reconocerlo, además de la localización media característica de los meningoencefalocelos.

Pronóstico

Grave por sí y por su coexistencia frecuente con otras deformaciones. Abandonado a sí mismo, puede matar al niño por meningoencefa-



Meningoencefalocelo. Esquema operatorio

litis aguda al ulcerarse. Se relatan, sin embargo, casos de personas con meningoencefalocèle, sobre todo pequeño, que han llegado a la edad adulta.

Los encefalocèles anteriores pequeños son más compatibles con la vida.

Tratamiento

El único es la extirpación quirúrgica, ligándose o saturándose cuidadosamente la meninge blanda para cerrar la cavidad encéfalorraquídea y suturando los planos cutáneos en colgajo, evitando que se superpongan las costuras profundas con las superficiales.

Los encefalocèles posteriores se operan, casi siempre, en los primeros meses que siguen al nacimiento, y los anteriores años después.

El pronóstico operatorio es grave, pero es más grave el de la enfermedad, casi siempre. A veces puede observarse postoperatoriamente hidrocefalia, que también puede aparecer sin el acto quirúrgico.

En la casuística nacional son varios los encefalocèles operados, entre ellos uno occipital del mediano volumen, en un niño heredolúético, extirpado con éxito por el señor doctor Miguel Lavalle en el Hospital Juárez.

BIBLIOGRAFIA DEL TEMA

- CUSHING, Harvey.—Cirugía de la cabeza. Tomo III de la Cirugía de Keen. Traducción. Barcelona, España.
- LAVALLE, Miguel.—Un caso de meningoencefalocèle operado con éxito en el Hospital Juárez. "Revista de Cirugía". Hospital Juárez. Febrero de 1934.
- SIMPSON PRADO, Inés.—Consideraciones quirúrgicas sobre los encefalocèles. Tesis. Facultad de Medicina. México, 1934.
- VIRGILLO.—Un caso de volumineuse méningocèle occipitale. Atti della Società medico-chirurgice di Padova. Núms. 5-6. Septiembre-Diciembre 1926, págs. 503-661. Res. en pág. 41. "Journal de Chirurgie". Tome XXX. N° 1. Juillet, 1927.

Unas Cuantas Palabras Para Hacer el Diagnóstico del Síndrome Vestibular

Por el Dr.

EFREN R. MARIN

Bien sabido es que el vértigo se presenta con alguna frecuencia en las afecciones del oído; en algunos casos se presenta como síntoma accidental o secundario, tales como las enfermedades del oído medio y del oído externo. Pero se muestra de manera constante y primordial en las afecciones vestibulares.

Los estudios de Bonnier han demostrado de manera clara y terminante que los trastornos del equilibrio son debidos a la insuficiencia, irritación o perversión no de un solo órgano, tal los canales semicirculares, como parecían demostrarlo los experimentos de Flaurens, Cyon y Menière, sino de un sistema complejo del cual el aparato ampular no es más que un órgano.

El aparato del sentido de la orientación no es como el de la visión, del tacto, del olfato, que son anatómicamente circunscritos, sino que está distribuido en muchas partes del sistema nervioso y del oído.

Las vías de transmisión demostradas, son, por una parte, los nervios vestibulares, los haces de fibras especiales de los nervios raquídeos, verdaderas fibras sensoriales que tienen por origen los aparatos táctiles profundos del sentido del movimiento coordinado de la cabeza y de los miembros, aparatos nerviosos cenestésicos, cuyas fibras, a pesar de su dispersión anatómica, tienen una correlación absoluta desde el punto de vista funcional.

Los centros bulbares reflejos de las sensaciones vestibulares, son los núcleos posteriores del acústico, el núcleo de Deyters, el núcleo de Bechterew y el núcleo interno. Estos tres núcleos no son más que prolongación bulbar de los centros medulares reflejos que reciben la sensación de actitud de la cabeza y de los miembros y que están situados en los cuernos posteriores de la medula, sobre todo en la columna de Clarke.

Los centros de dirección del movimiento están situados en los núcleos cerebelosos; en la corteza de cada hemisferio cerebeloso existen cuatro centros para los miembros del mismo lado y la mitad del troneo del lado homólogo. Estos centros están en relación con el aparato nervioso cenestésico de todos los músculos, comprendiendo el sistema optomotor y todas las articulaciones, así como los aparatos vestibulares.

En el cerebro, los centros corticales de actitud de los dos sistemas corresponden a la zona postrolándica de ambos hemisferios, sobre todo en la circunvolución parietal ascendente.

El ojo tiene igualmente en la función de la orientación una gran importancia; sobre todo cuando los centros del sentido del espacio están lesionados; entonces el ojo hace un papel de suplencia, que hace decir que los vertiginosos se sirven de él, como de muletas.

No vamos a entrar en grandes detalles anatómicos referentes al oído interno; sólo hay que recordar que el laberinto coclear es el órgano de la audición y que el vestibular lo es del equilibrio.

El laberinto vestibular se compone esencialmente de la cavidad vestibular, a la cual vienen los tres canales semicirculares, orientados en los diferentes planos perpendiculares del espacio y gracias a esta disposición geométrica, tienen todos los requisitos para recibir la impresión de líquido endolinfático en cualquier dirección que tenga el reflujó de él. Para explicar la fisiología de los órganos vestibulares, hay que hacer intervenir en la endolinfa a pequeños cristales de carbonato de cal llamados otolitos u otoconias. Posiblemente el desplazamiento de los otolitos y el choque de éstos contra las pestañas de las células epiteliales diferenciadas, hace que la sensación de equilibrio exista.

Fisiopatología del vértigo.—Se hace una gran clasificación del vértigo. Directo o indirecto. Es directo, cuando proviene de una lesión primitiva o de un trastorno localizado en cualquiera de los órganos del sentido de la orientación. El vértigo directo tiene dos grandes variedades clínicas: el periférico, del cual el laberíntico es el tipo, y el central, que puede ser por lesión bulbopontocerebelosa.

El vértigo indirecto no es más que la repercusión más o menos le-

jana de un trastorno reflejo (parasitosis intestinal, ozena, hipertrofia de cornetes, lesiones ováricas, etc.)

Los factores del vértigo laberíntico son: hipertonía o hipotonía en el líquido de la endolinfa y de la perilinfa; congestión o anemia del laberinto; traumas en el mismo; toxinas en gran cantidad, que invaden esta región; succusiones violentas de endolinfa, tales como ascensiones, navegación, sumersión, etc.

A pesar de ser una cosa perfectamente bien sabida, creo que se debe insistir de manera constante, para poder llegar a efectuar desde el punto de vista anatómico el diagnóstico del vértigo.

He tenido dos enfermos de laberintitis traumática en estos últimos meses, habiendo efectuado en uno de ellos un peritaje, a fin de que se le pagara la indemnización correspondiente. Los médicos de la parte contraria (no eran especialistas) decían sin el menor empacho, que un traumatismo era incapaz de producir el estado que el paciente tenía. El médico que falló (don José Torres Torija) opinó en sentido de la etiología traumática de dicha laberintitis.

En la actualidad, dado que en México se desarrolla de día en día la cirugía del sistema nervioso, hay que hacer muy bien la diferenciación del vértigo cerebeloso y del laberíntico, debido a que es uno de los diagnósticos más finos y delicados de clínica neurológica.

En las magistrales obras de Escat y de Santiago Ramírez, se encuentra muy bien diferenciado.

Voy a tratar de hacer un pequeño resumen que sirva al práctico para diferenciarlos.

En el vértigo laberíntico hay trastornos auditivos (sordera completa o no, zumbido de oídos, dolor en la región mastoidea); en el cerebeloso no hay trastornos auditivos.

En el laberíntico el enfermo ve girar los objetos delante de sus ojos, del oído enfermo al sano; en el cerebeloso no hay sensación vertiginosa propiamente dicha, sino conciencia de la incoordinación debida a trastorno de las funciones del cerebelo.

En la prueba de Mach hay abolición de la sensación de rotación o contrarrotación con los ojos cerrados en el vértigo laberíntico puro; en tanto que hay integridad de la sensación en el vértigo cerebeloso.

El signo de Romberg existe en el vértigo laberíntico; el enfermo

cae en estatua del lado del vestíbulo lesionado (se diferencia del Romberg tábico en su duración mayor); el signo de Romberg no existe en el vértigo cerebeloso puro.

En el enfermo laberíntico, durante la prueba de Romberg, la orientación de la cabeza tiene influencia para su caída; por ejemplo, cae hacia atrás si la cabeza se pone a la derecha o hacia adelante si se pone a la izquierda, si la lesión está a la derecha; mientras que el cerebeloso cae siempre igual cualquiera que sea la actitud de la cabeza con relación al tronco. El nistagmo espontáneo es precoz, fugaz y regresivo en los laberínticos, e intenso, tenaz y progresivo en los cerebelosos.

El reflejo nistágmico está disminuido o abolido en las laberintitis, mientras que en el cerebeloso es normal o aumentado.

Hay relación constante entre la caída y el sentido del nistagmo en las laberintitis; v. g., si el individuo cae a la izquierda, el nistagmo es a la derecha; en los tumores del vermis no hay relación ninguna entre la caída y la dirección del nistagmo.

Con la inyección de agua fría hecha en el lado sano, hay inversión en el sentido de la caída en las laberintitis, no encontrándose tal inversión en las lesiones del cerebelo (signo de lesión del vermis, según Hautant). Lo contrario pasa con agua caliente.

En las laberintitis, con la excitación voltaica se hace que la cabeza se incline del lado enfermo, cosa que no ocurre en las lesiones del cerebelo.

La reacción locomotriz con los ojos vendados es diferente en las laberintitis y en las lesiones del cerebelo, puesto que en las primeras hay marcha en estrella característica, con desviación del lado enfermo; en los síndromes cerebelosos hay, asimismo, marcha en estrella, pero sin desviación constante; además, la incoordinación de la marcha, resultado de la triada cerebelosa de Babinsky, hace que el enfermo marche como pato o en festón más que por una desviación de sentido determinado.

En las lesiones laberínticas la marcha se corrige a veces bajo el control de la vista, cosa que no ocurre cuando hay lesiones del cerebelo.

La desviación espontánea del índice y miembro superior, es inconstante, pero característica del trastorno vestibular; es bilateral, asociada y paralela, dirigida al lado enfermo; en las lesiones del cerebelo, la desviación del índice y miembro superior es inconstante, pero igualmente característica del trastorno. La desviación es hemilateral, no

llegando sino al miembro superior homólogo del hemisferio cerebeloso lesionado.

Ninguno de los síntomas cerebelosos se encuentra en el síndrome laberíntico. En el síndrome cerebeloso de Babinsky hay disimetría, caracterizada por la exageración del movimiento voluntario: "falta orden, falta tiempo, falta espacio". (Ramírez.)

La disminución en verificar movimientos alternativos, constituye la adiadococinecia; habiendo disimetría, la escritura es incorrecta (en resalto).

Los trastornos en la palabra, el temblor, la catalepsia cerebelosa, todos estos síntomas son propios del cerebeloso y faltan en el vestibular. Por último, los cerebelosos, en caso de tumor o absceso, presentan a menudo encefalalgia occipital, vómitos de tipo cerebral, edema papilar, inversión del reflejo oculo-cardíaco, pulso lento, es decir, signos de hipertensión intracraneal. Nada de esto hay en las laberintitis.

No es raro, sin embargo, encontrar los íntomas asociados, y en tal caso el diagnóstico es realmente dificultoso.

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.

Laboratorio del Dr. Gerardo Varela

Exámenes Bacteriológicos
Exámenes de Química Médica
Pruebas Funcionales, etc.

San Juan de Letrán, 19
Tel. Ericsson, 3-39-99

Edificio Cook
México, D. F.

COLECISTINA 'SENOSIAIN'

COLAGOGO-COLECISTOQUINETICO

De sabor agradable

De fácil dilución

Fórmula según el Dr.
Ramon adicionada del
colagogo glicerina

Reg. 8501 D. S. P.

Dictamen Médicolegal en el Caso de Ch. Fr. Whalley, Asesino del Banquero D. B. Emeno

Por el Dr.

JOSE ROJO DE LA VEGA

El suscrito, perito médicolegal, nombrado en carácter de tercero en discordia, por el C. director del Servicio Médicolegal, a petición del C. agente del Ministerio Público, para dictaminar en el asunto relacionado con el procesado **Charles Frederick Whalley**¹ en autos relativos al recurso de apelación 795/33, procedió a enterarse de las constancias procesales, entre ellas, los dictámenes de los peritos médicolegalistas, doctores Erasmo Marín y Salvador Iturbide Álvarez, y el de los peritos

1 Se recordará que, hallándose Charles Frederick Whalley en Inglaterra, visitando a su madre, recibió el cese por malos informes que la superioridad del Banco de Montreal en México dió a la casa matriz en Canadá. El 10 de junio de 1933 regresó a México, se hospedó en un hotel frente a las oficinas del Banco, y el día 11 subió al despacho del gerente, David Burton Emeno, quien estaba en junta con los altos jefes. Whalley entreabrió la puerta, se fijó en dónde estaba sentado Mr. Emeno, y volvió a cerrar sin haber entrado, probablemente para sacar la pistola sin ser visto. El señor Emeno palideció, pero no se movió. Entonces Whalley volvió a abrir la puerta, pasó el umbral y desde allí disparó nueve tiros, de los cuales seis hicieron blanco en el señor Emeno, quien cayó muerto. Uno de los proyectiles pasó a pocos milímetros de la cabeza del licenciado Garza Galindo. En seguida Whalley tomó asiento y esperó a que lo aprehendieran. La defensa nombró dos médicos psiquiatras particulares, quienes trataron de demostrar que Whalley padece las consecuencias mentales del traumatismo obtenido en la guerra. Como este peritaje no estaba de acuerdo con el de los médicos legalistas, se hizo el tercer dictamen insertado aquí, y lo publicamos, no por ser un examen psiquiátrico hecho por un especialista (que no lo es, ni pretende serlo, nuestro eminente cirujano y médicolegalista el doctor Rojo de la Vega), sino por tratarse de un dictamen médicolegal verdaderamente ejemplar en nuestro medio. (N. de la R.)

particulares, doctores Narno Dorbecker Casasús y Raúl González Enríquez; reconoció al procesado Whalley varias veces en el inadecuado lugar para hacerlo: una bartolina adaptada para archivo, lugar de juntas y reconocimientos, donde se carece hasta de elementos indispensables, no digamos ya de aparatos rigurosamente necesarios; consultó varias obras y trabajos relacionados con el caso a estudio.

El resultado fué el siguiente: **Charles Frederick Whalley** es un adulto del sexo masculino, de cuarenta y cuatro años de edad, actualmente recluso en la Penitenciaría del Distrito Federal.

Su padre murió, ignorando él la causa de la muerte, habiendo sido, en lo general, sano; la madre murió de una enfermedad del aparato circulatorio, en la que predominó la hipertensión arterial, habiendo sido achacosa de tiempo atrás, recrudeciéndose su enfermedad con el gran choque nervioso que sufrió cuando supo que su hijo (Charles) había sido separado del Banco; viven un hermano y una hermana que están enteramente sanos.

Los antecedentes patológicos no tienen importancia.

En los antecedentes hereditarios encontramos que el padre acostumbraba tomar "whisky", así como de vez en cuando lo hacía su mamá. No tiene familiares que hayan padecido de enfermedades mentales o de ataques.

Antes acostumbraba fumar mucho menos que actualmente; ahora, "cuando me pongo muy nervioso, fumo un cigarro y otro y otro, pero fuera de esto no fumo mucho".

"¿Fuma usted puros?" "Si me los regalan, sí." Durante nuestros exámenes lo hemos visto fumar constantemente, encendiendo un cigarro con el que acaba de agotar. Niega el uso de drogas heroicas. Acostumbra beber "whisky", haciéndolo casi siempre los sábados, en el "Club Británico".

"¿No se iba usted de juerga después de haber bebido?" "¡Oh, no!... Yo no he sido parrandero, ni mujeriego; yo quiero mucho a mi novia." "¿Y aquí en la prisión no bebe usted?" "Ser muy difícil aquí encontrar bebida, pero si usted me la da, yo bebo; de vez en cuando he podido tomar algo." "¿Y cuando tomaba usted se ponía agresivo, vamos... peleaba usted?" "¡Oh, no! Solamente muy contento; yo no pelear."

No encontramos antecedentes de sífilis, ni de tuberculosis, ni de enfermedades venéreas.

Como antecedente traumático, refiere que el año de mil novecientos diez y ocho era aviador, con el encargo de vigilar por el aire la ciudad

de Londres y sus alrededores, en el perímetro asignado por sus superiores, no habiendo estado en el frente de la guerra; una vez, con una espesa niebla, al estar en vuelo, perdió completamente la visualidad al aparato contra un árbol; como resultado de este acontecimiento sufrió una conmoción cerebral, de la que fué atendido en el hospital, la pérdida de varias piezas dentarias superiores, herida contusa en el labio superior, en la barba, en la cara dorsal de la mano derecha, presentando las cicatrices consecutivas, "debilitamiento nervioso" por el cual pasó de la categoría "A" a la categoría "C-2", como cumplimiento a la orden de las autoridades militares; estos grupos, según las letras, eran: "A" Servicio Activo", "B" Funciones Secundarias" "C" Servicios de poca actividad, "C-3" los inútiles.

Como reliquia, que él insiste algunas veces en que es post-traumática y otras relacionándola con insomnios frecuentes que sufre, padece solamente en la actualidad de dolores de cabeza; a preguntas especiales, no proporciona datos en el sentido de aumento o de exacerbación de dichos dolores por la fatiga, ni por la luz, ni por el ejercicio, ni por la lectura, ni por las emociones excitables o depresibles, ni cuando iba a ver vistas de cinematógrafo; actualmente dichos dolores le han disminuído con una extracción dentaria que se le hizo.

Su carácter después de este accidente se ha modificado; ahora es muy susceptible y muy emotivo, aumentando todo esto por la vida de encarcelamiento a que está sometido. Adjuntamos dos hojas escritas por él en las cuales explica el accidente del que fué autor.

Los peritos particulares insisten en que "la cefalalgia que hasta la fecha persiste y que se presentó después de la caída del avión, la catalogamos entre el cuadro trazado por Laignel-Lavastine y Claude, de las cefalalgias crónicas post-traumáticas, que ha sido descrito, sobre todo cuando ha existido conmoción cerebral y que se produce hasta con intervalos muy alejados; y en un enfermo de Clifford se presentaba sólo con contrariedades y sufrimientos morales; tal es nuestro caso".

Relación del delito por el cual se le acusa:

"A mí me fastidiaron, doctor, y me fastidiaron para toda mi vida; en diciembre del año pasado, aprovechando las vacaciones, me fuí a Inglaterra; cuando más contento estaba allá, recibí la noticia de que me habían fastidiado con mi empleo; me separaron... yo no había robado... yo no había estafado... yo no he sido ladrón como otros a los cuales les han ayudado... a mí nomás me fastidiaron y por más que hice no pude conseguir nada a mi favor; después pude regresar a Méxi-

co trayendo la exclusiva para vender máquinas automáticas hechas en Alemania; llegué por Veraacruz el día diez de julio, de donde me vine el mismo día para México, llegando al día siguiente; tomé un cuarto en el Hotel Montecarlo, en la Avenida Uruguay, junto a la Biblioteca Nacional; hice varias cosas sin importancia ese día; no bebí ni una copa, pero sí hacía tres noches que no dormía; compré una gorra azul y no pude cambiarme de ropa; fui al Banco, hablé con algunos compañeros, me llevaron hasta el despacho de Emeno, el que abrí, pero como había otra gente, volví a cerrar y después me volví a meter y disparé mi pistola sobre Emeno, como una ametralladora; yo no sé cómo no maté mas gentes... después tiré la pistola... me senté en una banca a esperar la policía..."

En la Comisaría declaró a este respecto lo siguiente: "...y sin poder contenerse echó mano de su pistola, en un momento de locura, abrió la puerta, y como conocía el sitio donde se encontraba el señor Emeno, como a dos metros de la puerta, disparó su pistola sobre Emeno y salió a la puerta, tirando la pistola, sin recordar cuántos disparos haría, viendo caer al señor Emeno; que cuando disparó sobre Emeno se encontraba loco... que no pretendió poner otro cargador, pues como ha dicho, la arrojó al suelo al salir de la pieza..."

En la misma Comisaría fué reconocido Whalley poco después de los hechos, recogiéndose estos datos y señalando aquí los más importantes: "Actitud: libremente escogida; trato: afable; estigmas de intoxicación: no hay; marcha: normal; estado respiratorio: veinticinco por minuto; estado cardiovascular: ciento treinta por minuto; estado neuropsíquico: normal; orientación: normal; asociación de ideas: normal; memoria: buena; intoxicación: aguda; **no ebrio**; percepciones: normal; juicio: no hay confusiones; crítica: normal."

En el Juzgado dió la siguiente declaración: "...que no pudo dormir en varias noches y que a causa de esto y de la excitación nerviosa tan grande en que se encontraba, se sintió ofuscado hasta el grado de no pensar cuerdamente, sino de sentir un gran impulso de matar a aquel hombre que había arrebatado de su vida todo lo que podía significar para él..."

EXAMEN SOMATIGO

Charles Frederick Whalley es un individuo de cara roja, sanguíneo, aumentando la intensidad de este color con la conversación; íntegro de su cuerpo; de musculatura bien desarrollada. Aparato digestivo: normal. Aparato urinario: normal. Aparato circulatorio: fuera de cierta tenden-

cia a la taquicardia, lo demás está normal. Aparato respiratorio: normal. Clínicamente no presenta estigmas de sífilis. Reacciones serológicas en la sangre: negativas. (Se adjunta.) Reacciones serológicas del líquido céfalorraquídeo: no se practicaron. Análisis de orina: (se adjunta) normal.

EXAMEN NEUROLOGICO

Charles Frederick Whalley es braquicéfalo, no presenta exostosis ni hundimientos, ni puntos dolorosos en su superficie craneal, ni comprimiendo con las dos manos en distintos ejes. La marcha es normal: le hicimos varias pruebas (vueltas rápidas, marcha con los ojos cerrados, marcha de lado, etc.), y no encontramos nada absolutamente digno de mencionar; es jugador de tennis y lo juega con frecuencia. La sensibilidad general es normal. En la vista no presenta absolutamente nada de anormal. El olfato, oído, gusto y tacto son normales. Los reflejos tendinosos son normales; no hay signo de Westphal; los reflejos pupilares a la luz y a la acomodación, están normales; no existe el signo de Argyl-Robertson ni fenómeno de Piltz. Las pupilas son iguales (isocoria), regulares, centrales; no existe el signo de Romberg (oscilación del cuerpo con sensación de caída cuando el enfermo permanece de pie con los ojos cerrados). No padece ni ha padecido ataques de Jackson (epilepsia Jacksoniana), ataques histéricos o histeriformes (psicógenos), ataques epilécticos.

EXAMEN PSIQUICO

Instrucción.—Hizo sus estudios de primaria elemental en las escuelas del pueblo en donde nació, hasta los diez y seis años, época en la que ya empezó a trabajar en el National Provincial Bank of England, en Batley, Inglaterra.

Religión.—Es protestante anglicano, dedicándose a las prácticas religiosas solamente de pequeño; después se convenció "de que la Iglesia no sirve para nada".

Lenguaje.—No hay afasias; se expresa con cierta facilidad en español. En su parte expresiva o articularia encontramos cierto grado de disartria en relación con algunos momentos emotivos, sin presentar en esos momentos las tensiones musculares convulsivas de la cara, características de la tartamudez. Fuera de esos momentos no hay disartria; no presenta tropiezo silábico (detención, vacilación y articulación borrosa e inexacta de los diversos sonidos, lo cual produce omisiones, duplicaciones, inversiones, traslaciones, etc., de letras y sílabas) ni otros trastornos del lenguaje.

Escritura.—No hay agrafia ni paragrafia; la escritura no es temblorosa; las letras son más o menos del mismo tamaño; no hay repeticiones, trasposiciones o supresiones literales y silábicas; no hay caracteres "en espejo", ni micrografia, ni tartamudez gráfica. La escritura es normal.

Agnosias.—No las padece (tiene completo el conocimiento de las sensaciones, siendo normal la identificación de éstas con sus recuerdos correspondientes). No existe la apraxia (incapacidad para efectuar movimientos adecuados con el objeto de realizar las órdenes que se le dan, a pesar de encontrarse la motilidad normal).

Animo y afectos.—Hay cierta irritabilidad contra el medio que lo rodea; continuamente vierte invectivas e insultos contra las personas que de alguna manera están relacionadas estrechamente en su caso delictuoso, sin llegar a presentar un estado de exaltación que conduzca fácilmente a una explosión de cólera; esta irritabilidad no es permanente. Su humor es triste: "pues ¿cómo quieres que me sienta aquí contento?"; pero no es una verdadera distimia, ya que no presenta los rasgos fisiológicos de ella: inmovilidad de las facciones, frente fruncida, mirada apagada y sin brillo, comisura labial caída y labios apretados; inmovilidad estatuaría, habla apagada y sin entonación, tendencia a sufrir, quejarse y llorar. No presenta los fenómenos que constituyen la angustia aisladamente o asociada con la indecisión. Si en algo manifiesta desesperación, ésta no llega a observarse en violencias diversas (raptus) o en estado persistente de melancolía. No pudimos encontrar desconfianza durante nuestras visitas; sus respuestas fueron amplias, aunque una que otra las pensaba cuidadosamente, dilatándose algo en ello.

Tiene hipermimia: "levanta alternativamente o juntos los brazos, los estira en ángulo recto con su tronco, bostezo, hace muecas de desagrado, de hastío o de contrariedad" (doctores Iturbide Alvérez y Marín); no tiene las risas, burlas, danzas ni la exaltación del hiperfórico maniaco.

En nuestros diversos reconocimientos no observamos que se despertaran fácilmente estados de cólera, aun tratándose de asuntos que pudieran herir su amor propio o despertar su soberbia, los cuales podemos asegurar que, dentro de su relativo fondo irritable, encuentran la resistencia razonable de su capacidad crítica.

(Continuará en el próximo número)

NOTAS SINTETICAS

HERPES ZOSTER

Sidlik y Vandel aplicaron **pituitrina** a los enfermos de herpes zoster. Los 54 casos curaron. Comúnmente tres inyecciones intramusculares de 0.5 c. c. de **pituitrina**, una diaria, son suficientes. En los casos serios pueden aplicarse 1 ó 2 diarias hasta completar 6. El dolor decrece a partir de la primera inyección. (Arch. of Der. & Syph., Vol. 22, N° 1. "The Review of Therapeutics", vol. 4, núm. 2., mayo, 1934. Amsterdam.)—**J. P. V.**

NEUROSIFILIS

Sigue siendo un misterio que la sífilis en los árabes del norte de África sea casi exclusivamente cutánea y casi nunca nerviosa. Según "L'Etoile Médicale", año 33, núm. 3, marzo 1934, no puede atribuirse a diferencias de clima, de alcoholismo ni de terapéutica. Ya está demostrado que ni las regiones palustres explican el dermo o neurotropismo del treponema. En México, donde tenemos diversidad de razas, de climas, de endemias, de métodos terapéuticos, es fácil notar la ninguna relación en el dermatropismo y neurotropismo luético.—**J. P. V.**

NEURALGIAS

Con el nombre de **apiterapia** o **apinización**, nos da a conocer **Roch** la aplicación del veneno de abejas en el tratamiento de las algias, especialmente de la ciática, pues en 10 casos nos comunica 7 resultados excelentes y 3 buenos ("Révue Médicale de la Suisse Romande", feb. 1933). Se empieza por 1/10 c. c. de una solución débil y se aumenta rápidamente las dosis diariamente o en intervalos. La reacción local consiste en eritema pruriginoso; la focal es inconstante y de buen pronóstico, y la general, cuando se presenta, consiste en fiebre ligera. No se trata de proteinoterapia, pues la ponzoña es activa aun totalmente privada de sus albúminas.—**J. P. V.**

ESPIROQUETOSIS MENINGEA PURA

La espiroquetosis meníngea pura es una localización únicamente meníngea de la espiroqueta de Inada e Ido. Se diferencia ésta de la espiroquetosis icterohemorrágica por la ausencia de localizaciones extrameníngeas, sobre todo por la ausencia de lesiones renales y hepáticas.

Es, pues, una **forma exclusivamente neurotrópa** de la espiroquetosis icterohemorrágica, cuyos caracteres integrales ofrece, desde el punto de vista bacteriológico e inmunológico. Esa afinidad neurotrópa no es es-

pecial a la espiroquetosis icterohemorrágica, ya que se conoce, en efecto, en la sífilis una forma neurotrópica y una forma dermatrópica.

Es hoy bien conocida la espiroquetosis icterohemorrágica después de los trabajos de Troissier y, por otra parte, parece muy probable que, cuando ciertos autores, tales como Widál, Laubry, Rist, describían, antes de la guerra, los "estados meníngeos esenciales", se trataba, por lo menos en algunos de los casos, de "espiroquetosis meníngeas" cuyas características se ignoraba todavía. ("L'Information Médicale", año 16, núm. 38, enero, 1934.)

Esta enfermedad es poco conocida, pero en Francia se ha estudiado desde los puntos de vista etiológico, clínico y diagnóstico, mereciendo especial mención las pruebas de laboratorio, tales como el examen del líquido céfalorraquídeo, la inoculación al cuy, el serodiagnóstico y la investigación ultramicroscópica de la espiroqueta en la orina. Se ha descrito una forma clínica meningosubictérica, lo que nos hace pensar que no es tan exclusivo el neurotropismo y probablemente pase con este padecimiento lo que con el reumatismo poliarticular agudo, cuyo virus acabó por comprenderse como primordialmente cardiotrópico en vez de artrotropo.—J. P. V.

OPOTERAPIA Y DIATERMIA

El doctor Manuel Ferrier, fisioterapeuta del "Hotel Dieu", según leemos en el más reciente número de "Actualité Médicale", se muestra más partidario del tratamiento endocriniano por diatermia, que de la opoterapia endocriniana, señalando los efectos más rápidos, más durables y más completos, y concluye que la diatermia con débil intensidad ejerce sobre las glándulas de secreción interna una acción estimulante; y agrega que este estímulo provoca, gracias a la reactivación *in-situ* de la glándula tratada, efectos endocrinosimpáticos, siendo los más notables el restablecimiento del sistema regulador fisiológico.—J. P. V.

PIRETOTERAPIA

Se comienza a usar en el tratamiento de sífilis nerviosa, tabes, esclerosis en placas, etc., por el método de hipertermias provocadas, un dispositivo compuesto de dos circuitos, el primero comprende un electrodo dorsal y dos electrodos acoplados a las piernas; el segundo consiste en un electrodo abdominal y dos electrodos a los brazos.

Por medio de este dispositivo se obtienen temperaturas de 39 a 40° C. en veinte minutos.

El procedimiento es siempre inofensivo, efectivo y de una aplicación fácil. (Doctora Martha Bruner Ornstein, de Viena. "La Provence", marzo de 1934.)—G. T. M.

PSICALGIA

Los doctores Th. Alajouanine y R. Thurel, en un interesante trabajo que publican en el núm. 873, año XLIV, de "Le Monde Médical"

(marzo, 1934), clasifican las algias faciales en tres grupos: neuralgia facial, simpatalgias faciales y psicalgias faciales. Lo único que quiero hacer observar, ya que las neuralgias y simpatalgias son muy conocidas, es la desventaja del triste divorcio que todavía existe entre neurólogos y psiquiatras. Los neurólogos llaman psicalgias a los dolores que acarrearán desórdenes psíquicos, pero los autores antes citados especifican que debe diferenciarse ya el neuralgismo de Sieard de lo que ellos llaman psicalgias, en las cuales no hay simpatalgias criptogenéticas. Ellos califican así sus psicalgias faciales:

1º No son, propiamente hablando, dolores, sino sensaciones desagradables: sensación de engrosamiento o de retracción de la piel, extraordinaria hipersensibilidad cutánea, hasta el punto de que una corriente de aire o una simple brisa, la percibe el enfermo de un modo desagradable. Los enfermos describen sus dolores, no solamente por las sensaciones realmente sentidas, sino también por la interpretación que les dan: estrechez de los orificios palpebrales, de la nariz, de la boca, pudiendo producir consecuencias graves.

2º Contrastando con las quejas continuas de los enfermos, que para traducir sus sensaciones recurren a los adjetivos y adverbios más impresionantes, llama la atención la tranquilidad de la cara, la ausencia de reacciones asociadas, motrices o simpáticas.

3º Las psicalgias faciales son siempre bilaterales, pero cuya extensión y profundidad es imposible limitar. Raras veces son únicas, asociadas casi siempre con otras psicalgias diseminadas en todo el cuerpo y en especial con cenestopatías viscerales.

4º Las condiciones de aparición de las psicalgias son las mismas que las de las ideas fijas, de las obsesiones. Van multiplicándose a compás de su evolución, acabando el enfermo por analizar continuamente sus sensaciones; como es natural, el interrogatorio sirve de aceite para que el enfermo pretenda exponerlas todas.

En cambio, los psiquiatras llaman **psicalgia** al dolor moral llevado al grado más intenso, es decir, en la escala tristeza-congoja-melancolía-ansiedad-melancolía ansiosa-angustia-psicalgia, ésta ocupa el lugar del dolor moral más profundo. Como se ve, hay diferencia. Y como ésta, habrá muchas mientras los clínicos no se convenzan de que la neuropsiquiatría debe tener una nomenclatura común a la neurología y a la psiquiatría. No basta llamar al síndrome neurológico o neuropsíquico **psicalgia** y al síndrome psicopático **psiquialgia**; es pueril. Mientras haya médicos que crean que pueden llamarse neurólogos ignorando el vocabulario psiquiátrico, habrá un maremágnum en la terminología de estas ramas de la medicina.—J. P. V.

LA MEDICINA EN EL EGIPTO ANTIGUO

Los egipcios de la antigua Tebas, no los de la moderna Luxor, se llamaban a sí mismos **hombres**, y los demás eran los **bárbaros**. Sin embargo, un viejo refrán egipcio dice: "Las espaldas de los egipcios fue-

ron hechas para recibir palos." Así, pues, lo que he recopilado de los egiptólogos Champollion, Mariette, Petrie, Brugsch, Lauth, Lepsius, Meyer y Binsen, gracias al profesor Francisco J. Escalante, de la Facultad de Altos Estudios de México, no debe llamar la atención.

Pocas son las recetas que la magia o medicina egipcia nos ha legado. Se conoce por papiros hallados en las tumbas. En Leipzig se conserva el tratado de medicina encontrado en una tumba tebana. Está escrito en una tira, con claros caracteres hieráticos.

Los egipcios practicaban la extracción de la piedra, la operación cesárea, reducción de fracturas, etc. Sus conocimientos de anatomía y fisiología eran infantiles. El cráneo era un receptáculo al cual iban a dar 22 canales. Los hombres que hacían la incisión con pedernal en la región inguinal izquierda para extraer las vísceras del difunto que iba a ser embalsamado, eran considerados como malditos; por eso la anatomía no progresó. Las sentencias y las recetas que se conservan son las que aprendieron de los faraones; esa cultura milenaria fué la que se conservó desde la tercera dinastía. Tol era el Padre de la Sabiduría, de la Medicina. En pocos casos los médicos se podían apartar de las recetas tradicionales para aplicar su propia experiencia o iniciativa. La responsabilidad se achacaba a las divinidades.

2,500 años antes de J. C. se conoció el episodio de la curación de la cuñada del rey de Palestina por los egipcios. El dios Chomsú fué llevado a la presencia de la enferma, ante cuya vista ésta curó. El soberano de Palestina no le devolvió a Tebas su Chomsú por olvido, pero la deidad se apareció en sueños al jefe pidiendo ser restituída a Tebas, so pena de no sanar a la enferma, que había recaído.

Ciro, rey de Persia, también acudió a los magos del Nilo para menesteres médicos.

Las enfermedades estaban clasificadas (ojos, intestinos, mujeres), así como los medicamentos (purgantes, vomitivos). Y el médico de aquella época se ocupaba también de la belleza y el tocado femeninos. La propedéutica de los tumores era conocida (inspección y palpación). Empleaban sustancias repugnantes, como excrementos de tal o cual animal, pero también otras aromáticas y esencias refinadas. Como recetas caseras tenían remedios contra las pulgas, para impedir que las serpientes salgan del agujero, para evitar los piquetes de los mosquitos, para evitar que los ratones se acerquen a los objetos, etc., etc. Contra el encanecimiento del cabello, sangre de cuerno de toro negro, cocida con manteca y aplicada en el pelo. Las recetas de obstetricia y ginecología eran abundantes. Había para aumentar la secreción láctea de las nodrizas; para predecir si el recién nacido iba a morir pronto o a tener larga vida, se fijaban si decía "bá" o "bí". El polvo de carbón de acacia lo recomendaban para, con razón, limpiar la dentadura. La receta para predecir si va a nacer un niño o una niña, se ha conservado hasta nuestros días, y en un texto alemán del siglo XVII, casi palabra por palabra y con algunos errores de traducción: se humedece trigo y cebada con la orina de la gestante; si germina la cebada primero, será varón; si el trigo, será hembra, y, si ninguna, no habrá nacimiento.

Las brujerías de los hechiceros egipcios (maestros de los magos de otros países) eran muchas. Sus conjuntos, variados: para aumentar el efecto de un purgante, en el momento de darlo había que decir: "¡Oh, hiena macho! ¡Oh, hiena hembra! ¡Oh, destructor! ¡Oh, destructora!" Otras palabras eran cabalísticas, y no querían decir nada: "¡Oh, oh, oh! ¡Ji, ji, ji! ¡Joj, joj, joj!" Su influencia llegó hasta modificar las determinaciones de los faraones.

Los enfermos mentales eran considerados como hechizados y rara vez como responsables.—J. P. V.

NOMBRAMIENTO

Nuestro distinguido amigo y colaborador, el doctor Guillermo Dávila G., ha sido designado director del Sanatorio "Dr. R. Lavista, S. A." Felicitamos cordialmente al doctor Dávila por el nombramiento de que ha sido objeto y le deseamos toda clase de éxitos en el desempeño de sus labores.

BISMUTHOIDOL "ROBIN"

Reg. 10431 D. S. P.

Tratamiento de Fondo de la Sífilis
Terapéutica Racional de la Neurosífilis
Complemento Específico en la Piretoterapia



El bismuto, en esta preparación, puede aplicarse por vía endovenosa o intramuscular, según lo requiera el caso

REPRESENTANTE: MAX ABBAT

LUCERNA, 47

MEXICO, D. F.

Publicaciones Recibidas —

- "La Edad de las Impresiones Digitales Sangrientas".—Por Israel Castellanos. Habana, Cuba. 1922.
- "Los Estigmas Somáticos de la Degeneración.—Su apreciación en las razas de color".—Por Israel Castellanos. Habana, Cuba. 1927.
- "Rudimentos de Técnica Penitenciaria. I. La Clasificación de los Reclusos".—Por Israel Castellanos. Habana, Cuba. 1928.
- "La Constitución en el Laboratorio de Antropología Penitenciaria".—Por Israel Castellanos. Habana, Cuba. 1930.
- "Hematología Forense".—Por el doctor Israel Castellanos. Habana, Cuba. 1932.
- "La Técnica Policial, Criminológica y Penal en los Estados Unidos".—Por el doctor Israel Castellanos. Habana, Cuba. 1932.
- "El Cardiopneumopsicograma en la mentira".—Por el doctor Israel Castellanos. Habana, Cuba. 1933.
- "El Psicoanálisis en el Examen de los Delinuentes".—Por el doctor Ramón Carrancá y Trujillo. "Criminalia". México, D. F. 1934.
- "Nuevas Ideas".—Revista Médicofarmacéutica. Director, doctor E. Teysier. Mayo, 1934. México, D. F.
- "Medicina".—Revista Mexicana. Director, doctor Gustavo Argil. Números 220, 221 y 222. Año XIV. Mayo y junio, 1934. México, D. F.
- "Acción Médica".—Órgano del Sindicato de Médicos Cirujanos del Distrito Federal. Núm. 3. Mayo, 1934. México, D. F.
- "Boletín de la Asociación Médica de Aguascalientes".—Director, doctor Salvador Martínez Morones. Tomo I, núm. 4. Abril, 1934. Aguascalientes, México.
- "Pasteur".—Revista mensual de medicina. Director, doctor Antonin Cornillón. Año VII, tomo I, núms. 5 y 6. Mayo y junio, 1934. México, D. F.
- "Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer".—Director, doctor Conrado Zuckermann. Año II, núms. 5 y 6. Mayo y junio, 1934. México, D. F.
- "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana".—Año 13, núms. 5 y 6. Mayo y junio, 1934. Washington, D. C. (U. S. A.)

COLABORADORES REPRESENTANTES EN LA REPUBLICA

DISTRITO FEDERAL: Dres. José León Martínez, Arturo Baledón Gil,
Antonio Tena Ruiz y Miguel Lavalle
AGUASCALIENTES: Dr. Salvador Martínez Morones
GUANAJUATO: Dr. Alberto Aranda de la Parra
JALISCO: Dr. Enrique Pérez Montero
MEXICO: Dr. Rodolfo Salgado
NUEVO LEON: Dr. Manuel Camelo
PUEBLA: Dr. Ignacio Rivero Caso
QUERETARO: Dr. Salvador López Herrera
SAN LUIS POTOSI: Dr. Antonio E. Urriza
TLAXCALA: Dr. Demóstenes Bailón
VERACRUZ: Dr. Fernando Emparan

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

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.

ESTADÍSTICAS ANUALES

DE LA ECONOMÍA NACIONAL

DE 1950 A 1955