

# REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL



## SUMARIO

### EDITORIAL

CARACTERES DE LA AFECTIVIDAD EN LAS PSICOSIS Y ESPECIALMENTE EN LA NARCOMANIA. Por el Dr. Juan Peón del Valle.

MIOPATIA PRIMITIVA PROGRESIVA. Por el Dr. Antonio Tena.

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

UN ASUNTO PRACTICO DE PSIQUIATRIA MEDICOLEGAL. Por el Dr. Samuel Ramírez Moreno.

VALOR E INTERPRETACION DEL EXAMEN DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO EN PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA. Por el Dr. Alberto Lezama.

LA SINESTESIA ENTRE LOS INDIOS. Por el Dr. Santiago Ramírez.

NOTAS SINTETICAS.

Septiembre de 1934

México, D. F.

## **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:** Dres. Adolfo Saucedo y 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.**

REVISTA MEXICANA  
DE  
PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA  
Y  
MEDICINA LEGAL

DIRECTOR:  
DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

EDITOR Y JEFE DE REDACCION:  
DR. JUAN PEON DEL VALLE

---

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

---

Volumen I    Número 3    1o. de Septiembre de 1934    México, D. F.

---

REGISTRADO COMO ARTICULO DE 2A. CLASE CON FECHA 26 DE JULIO DE 1934

---

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:

G é n o v a , 3 9

M é x i c o , D. F.

---

# MERCUROBROMO - OXIFLUORESCEINA SODICA SALUBLE

Laboratorio Químico Senosiain

Av. Chapultepec, 297

MEXICO, D. F.

Unicos Distribuidores del poderoso antiséptico

## MERCUROBROMO - OXIFLUORESCEINA SODICA

sal purísima controlada química y biológicamente por los químicofarmacéuticos  
MANUEL PONTONES y JOSE A. SENOSIAIN

FRASCO DE DIEZ GRAMOS, \$1.60

### LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN

Av. Chapultepec, 297

México, D. F.

Muy señores míos:

Me intereso por la sal MERCUROBROMO-OXIFLUORESCEINA y deseo se me remita libre de portes una muestra (frasco de un gramo) para experimentación.

Nombre .....

Dirección .....

Estado .....

## CUPON

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.

# 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. Ochoterena

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 Neimann

PALUDOTERAPIA: Dr. Luis Vargas

TOXICOMANIAS: Dr. Juan Peón del Valle y Varona

FISIOTERAPIA: Dr. Guidó Torres Martínez

LABORATORIO: Dres. Luis Gutiérrez Villegas y Alberto Lezama



# SPARTOVAL CLIN

## GRAJEAS

Isovalerianato neutro de esparteina.

Reg. N° 9,247 D. S. P. México

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la  
vigilancia médica.

...

## SEDANTE CARDIO-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<sup>IE</sup>  
20 Rue des Fossés St. Jacques, PARIS.

...

Para la literatura y muestras, dirigirse a la  
AGENCIA, 9<sup>o</sup> de Balderas N° 132  
APARTADO N° 1977 MEXICO, D. F.

Ernst & Young

# EDITORIAL

## A PROPOSITO DEL ARTICULO 905 DEL CODIGO DE PROCEDIMIENTOS CIVILES VIGENTE

**S**OLAMENTE al Servicio Médicolegal, institución adscrita a los Tribunales del Fuero Común del D. F., le corresponde dictaminar acerca del estado de incapacidad de las personas sometidas a interdicción, según reza el artículo 905 del actual Código de Procedimientos Civiles, que textualmente dice: Art. 905 . . . (II.) El estado de demencia puede probarse por testigos o documentos, pero en todo caso se requiere la certificación de *tres médicos por lo menos*, preferentemente alienistas, que en la ciudad de México serán del servicio médicolegal, y en el resto del Distrito y el Territorio, los que atiendan manicomios oficiales. El tutor puede nombrar un médico para que tome parte en la audiencia y se oiga su dictamen.

El artículo 1394 del Código de 1884, derogado por la vigencia del actual, sólo difiere de éste en el agregado que obliga al Cuerpo Médicolegista a dictaminar en los juicios de interdicción. El fundamento básico invocado por el creador de este agregado (fundamento que me fué señalado personalmente por su autor), estribó exclusivamente en que los peritos particulares exigían honorarios profesionales tan crecidos, que eran las más veces onerosos y en algunos casos imposibles de cubrir por personas de escasos recursos; y el legislador(?), para resolver el caso, de una plumada hizo que una institución creada para otros fines, se encargara de realizar el peritaje gratuitamente, sin parar mientes en la forma en que está organizado el Cuerpo Médicolegal.

Trato en estos renglones de demostrar lo poco meditada que fué la resolución dada a este asunto con el artículo citado y la dificultad que entrañará su aplicación después de algún tiempo de estar en vigor.

El peritaje a que se refiere el artículo 905 del Código de Procedimientos Civiles, requiere la concurrencia de *tres médicos peritos, cuando menos*: el Cuerpo Médicolegal lo forman doce peritos; por lo tanto, sólo es posible formar cuatro grupos para satisfacer el servicio que se le exige por este motivo. Como los exámenes de esta naturaleza deben repetirse cada año en todo interdicto, sucederá, transcurridos pocos años, que a dicho Cuerpo Médico no le bastará, aun

trabajando exclusivamente para esta clase de peritajes, el personal médico de que está dotado actualmente, toda vez que, a los casos que cada año se presenten, habrá que añadir la revisión anual de todos los que ya han sido sometidos a interdicción. Esto en cuanto a la cuantía del trabajo, pues por lo que se refiere a la calidad, es decir, a satisfacer el espíritu del artículo, que pretende que ese peritaje lo desempeñen alienistas, bien sabido es que el Cuerpo Médicolegal no lo forman únicamente psiquiatras, pues a dicho cuerpo le corresponde conocer y resolver todos los asuntos de medicina en general y no sólo las cuestiones de psiquiatría; por lo que resulta que el peritaje, tal como lo señala el tantas veces aludido artículo, no es posible satisfacerlo con el personal de que está actualmente constituido el Cuerpo Médicolegal.

La labor juiciosa de un legislador, si la razón fundamental fuera la de honorarios, sería, a mi entender, la formación de un arancel de esos honorarios, dejando para el servicio Médicolegal el peritaje sobre interdicciones de indigentes (casos excepcionales), y a salvo el ejercicio profesional de la clase médica, que buen derecho tiene para intervenir en aquellos casos (los más), en que se ventilen fortunas cuantiosas que motivan esa clase de juicios, en los que la comunidad no recibe beneficio alguno.

Muchas otras razones de orden técnico podría invocar para indicar lo poco o nada justificado de la enmienda al artículo que motiva estas consideraciones; pero como el punto capital que persigo es el de llamar la atención a los compañeros cuya actuación profesional está íntimamente relacionada con este asunto, espero que ellos, más capacitados y provistos de argumentación más sólida, que estoy seguro no les faltará, formulen un memorial al Congreso de la Unión, para que este Cuerpo Legislador, en vista de las razones que se le den, derogue o modifique el artículo tantas veces citado, que más que un producto de juicioso y sereno estudio, parece ser la derivación de un complejo enconoso contra un grupo de profesionistas que están muy lejos del concepto en que los tuvo el redactor del artículo 905 del Código de Procedimientos Civiles de 1932.

Dr. A. BALEDON GIL



# Caracteres de la Afectividad en las Psicosis y Especialmente en la Narcomanía ---

Por el Dr.

JUAN PEON DEL VALLE

En toda constitución psicopática existen distimias. No se conciben trastornos mentales sin que las perturbaciones intelectuales, afectivas y volitivas se manifiesten, ya que la clasificación de inteligencia, afectividad y voluntad en las funciones mentales sólo encuentra aplicación como uno de los muchos esquemas de que tiene que servirse el principiante para introducirse al campo de la Psiquiatría. No tiene la utilidad permanente que en la catequesis católica, por ejemplo, se obtiene considerando entendimiento, memoria y voluntad para dar a comprender las facultades del alma. Cuando el psiquiatra dirige una mirada al pasado y compara sus conceptos actuales con los que poseía durante su noviciado, siente lo que probablemente experimenta un veterano de algunas agrupaciones políticofinancieras y pseudorreliogiosas cuando recuerda la forma en que lo iniciaron. Sin embargo, puede observarse en lo particular cada función mental, mediante un proceso de dirección y de abstracción por parte del investigador.

Si las funciones intelectuales manifiestan su baja ostensiblemente en las amencias, oligofrenias, demencias parciales y demencias totales, en realidad la decadencia es global y abarca, por lo tanto, la esfera afectiva. Evidentemente la afectividad no es una cosa que pueda estar aumentada o disminuída, pero sus desórdenes puede considerarse que colocan las funciones afectivas en un escalón más alto o más bajo. El oligotímico indudablemente se encuentra más abajo que cualquier otro distímico, que el ciclotímico, por ejemplo. En la esfera erótica (y situémonos en

un plano amplio, sin divorciar el freudismo de las doctrinas endocrinianas de Marañón, o separarnos de Dumas, de Janet, de Jung, de Adler, de Bleuler, de Kretschmer) simplemente observando las etapas, vemos que el amor y el odio van teniendo cronológica y cualitativamente diversas fijaciones (etapa intrauterina, intrafamiliar, intrasocial): orientación afectiva y formación de complejos hacia el padre o la madre; hacia niños del mismo sexo y hacia sí mismo; narcisismo; homosexualismo; heterosexualismo. Si tratamos de un narcisista, un homosexual o un heterosexual, decimos que "se quedó en tal o cual etapa" de la evolución del erotismo. Es más: ya en la última etapa del desarrollo, en el equilibrio consciente y subconsciente, cuando la censura normal permite la sublimación y cuando se ha alcanzado el heterosexualismo correcto, todavía distinguimos dos subetapas: la de grupo y la de individualización. No la han descrito los autores, pero Marañón, al exponer que es una etapa superior, de máxima virilidad, la tendencia en el hombre a la monogamia, permite suponer que entre ese período en que el hombre ya prefiere a las mujeres, y el otro en que prefiere determinada mujer, existe una fase de transición, que es la preferencia por un grupo (las rubias, las altas, las negras, las hijas de una misma familia, etc.)

Ahora bien: así como no se alcanza la etapa final en la zona sexual sino hasta que ha desaparecido todo vestigio de autoerotismo, homoerotismo y heteroerotismo difuso, para alcanzar una orientación correcta, una fijación definitiva en un individuo del sexo contrario, así podemos decir que otros aspectos de la afectividad van pasando por etapas diversas, estando ligadas entre sí, naturalmente, todas las funciones afectivas. Los sentimientos egoístas, altruístas, familiares, sociales, religiosos, etc., van evolucionando entrelazados.

La actitud para emprender estos estudios debe ser serena. En la actualidad existe desorientación en muchos investigadores. No creo que sea fácil, ni realizable en la práctica, ni de utilidad por ahora, la aplicación de cualquiera de las diversas técnicas, psicotecnicas especialmente—incluso la "eutécnica", que por su nombre debería ser la mejor—con que cuentan los eruditos a la violeta y cuya cultura psicológica ya va resultando trasnochada. Esas concepciones unilaterales suelen ser causa de errores hasta en autores respetables, como Octavio Domingues, quien (y lo hace notar el doctor Ernani Lopes) parece ignorar la existencia de la Higiene Mental en su reciente trabajo (Sao Paulo, 1933) acerca de la Eugenesia. En la Higiene Mental, que es la rama más importante de las ciencias médicosociales, no se considera ya el antiguo criterio psicoanalítico, ni se cree que la biotipología, la ortofrenia, la eugenesia y



# ESPERMINA

DR. BUDALIX

PRINCIPIO ACTIVO DE LAS  
GLANDULAS PITUITARIAS

TONICO NERVIOSO  
Y GENERAL

REG. NO. 11982 C. S.

LABORATORIOS HIGIA, S. A.

AV. CHAPULTEPEC NUM. 7489

MEXICO, D. F.

la eutanasia nos vayan a hacer vivir en un paraíso. Sería como conceder el destino del mundo en las manos de la tecnocracia. El doctor Murillo de Campos ("Arch. Brasileiros de Hygiene Mental", año VII, núm. 1, marzo 1934), con su trabajo "El hijo único y la higiene mental", viene a dar un golpe a los eugenistas "a outrance", pues si malo es un hogar con excesivo e inselecto grupo de retoños, inconvenientes tiene también el hogar del único vástago. En cambio, poniéndonos a trabajar con orientación científica y espíritu práctico en la Higiene Mental—y tal vez la mejor manera sería empezando por crear un Instituto de Eufrenia—, sin sectarismos ni prejuicios, sin atacar la inmejorable moral cristiana, con más valor y menos hipocresía que muchos de esos disolventes enriabiados, asalariados en cuyas casas no practican lo que aconsejan, y sin enamorarnos de tal o cual técnica, sino más bien con anhelo de progreso lógico, tomando de cada rama de la ciencia la parte útil y desechando la inútil, no diré que llegaremos a vivir en un mundo perfecto, pero sí puede garantizarse una buena cosecha a corto plazo.

Fué, pues, de una manera desapasionada y con un criterio orientado, como identifiqué las características afectivas de ciertos psicópatas. De los centenares de observaciones que tengo archivadas podrían sacarse datos respecto a la afectividad, pero solamente en veintisiete enfermos hice labor de experimentación dirigida a ese fin, y sólo extractaré cinco de ellas.

CASO I.—H. B., del sexo masculino, de 27 años. Hebefrenia. En los antecedentes se encuentra masturbación, contemplación frente al espejo, en ocasiones desnudo (signo clínico señalado por Abely, de Tours), preferencia del autoerotismo y escasas relaciones heterosexuales. Cuando la psicosis se hace aparente, persiste el onanismo; en los golpes que da a sus familiares no se ve el automatismo del demente precoz, la ecopraxia o la disociación ideoaffectiva por ataxia intrapsíquica, sino un deseo de atormentar que ya existía desde la niñez. Nunca pareció amar a su novia y, poco antes de ser internado, posponía los gustos de su prometida a los suyos propios. En sus alternativas de depresión y excitación se acentuaban o disminuían esos caracteres.

CASO II.—A. A., del sexo femenino, de 48 años. Narcomanía. Madre de familia, tratada como histérica durante años, teatral, egocéntrica, abusó de toda clase de narcóticos, de la serie de la malonilurea, de la barbitúrica, de los alcaloides opiáceos, de los bromurados. Grandes lapsos de normalidad durante los cuales sólo ingería una dosis mínima de hipnótico antes de acostarse por la noche. En estos períodos existe equilibrio de los sentimientos egoístas, altruistas, familiares, sociales y religiosos; atiende a su marido, es cariñosa con sus hijos, su ilustración presta brillo a una charla inteligente, hace caridades como católica que

es, organiza, trabaja, se divierte y es una persona moralmente atrayente. Cuando se acusa el período de apetito por los narcóticos, parecido al del clásico dipsómano, empiezan por embotarse los sentimientos altruistas, familiares y sociales, por exaltarse el egocentrismo, el teatralismo, y principia a dar muestras de refinada crueldad; atormenta a sus familiares, médicos, enfermeras y a cuantas personas puede, ensañándose con las que más la quieren. Estudiando los antecedentes, se descubre masturbación, egolatría; antes de caer en la narcomanía, su constitución psicopática estaba revelada por una detención en la evolución de la esfera sexual: autoerotismo. A pesar de sus normales relaciones conyugales, siempre era mayor el amor hacia sí misma que al marido o a los hijos.

CASO III.—J. M., del sexo masculino, de 25 años. Narcomanía, especialmente heroínomanía. Aparte de una confusión mental aguda que curó, no hay franca toxifrenia. De hijo modelo que era, ha pasado a ser el más cruel de los hijos. Su padre, que lo idolatra, ha contribuido a ello y se presta a satisfacer esa tendencia afectiva morbosa del joven. Durante la adolescencia, autoerotismo en diversas formas; actualmente franco narcisismo.

CASO IV.—E. M., del sexo femenino, de 36 años, madre de familia. Psicastenia y debilidad mental. Presenta "economía de la acción" (Janet) y "refugio en la enfermedad" (Freud). De joven, soltera, fué hija modelo, abnegada con su madre. De casada, cariñosa con su marido e hijos. Sin embargo, profundizando se descubre autoerotismo en la pubertad, tendencia a llamar la atención, exhibicionismo, apariencia de altruismo exagerado y en el fondo egolatría. Por temporadas goza atormentando a los demás, especialmente a su madre y a su marido; afición, sin verdadero habituamiento, a los estupefacientes; esta afición es concomitante a sus actos de crueldad.

CASO V.—I. D., del sexo masculino, de 38 años, abogado. Hipomanía. Cuando era jovencito, narcisismo, cielosimia, autismo; primero se le consideró esquizoide, pero por fin se reveló como enfermo de psicosis maníacodepresiva. Durante la caeuforia, tendencia a inspirar lástima, a humillarse; durante la euforia y excitación maníaca, crueldad incontenible, perversidad.

Estos extractos no son sino una muestra de los diversos tipos de enfermos considerados. En sus historias clínicas está detallada toda la evolución y se encuentra consignado el tratamiento y de manera especial las experiencias realizadas en ellos y que sirvieron para fundar las conclusiones. Como este modesto trabajo sólo es de exposición en líneas generales, en obvio de tiempo y de espacio no multiplico los ejemplos ni extendiendo los historiales.

Queda la impresión de que en la mayoría de los psicópatas la afec-

tividad está detenida en la etapa autoerótica, que hay predominio de los sentimientos inferiores y poco desarrollo o ausencia de los superiores. Como carácter especial está la concomitancia de la crueldad, de la cual no he encontrado excepción en los toxicómanos, oligofrénicos y paranoídes, pero que falta en muchos psicasténicos, melancólicos y esquizofrénicos.

Las conclusiones a que se llegó fueron las siguientes: 1º En todos los enfermos había ciclotimia; los hebefrénicos, los toxifrénicos, los maníacodepresivos, los oligofrénicos y los psicasténicos, presentaban alternativas de depresión y de excitación, o cuando menos, de calma y expansión. 2º Todos ellos eran autoerotistas y ególatras. En varios de ellos, especialmente los esquizofrénicos, comprobé en los antecedentes el signo de Abely, de la serie narcisista. 3º Paralelamente con el aumento de apetito por las drogas en los toxicómanos y con la exacerbación del síndrome mental en los parafrénicos, se presentaba la tendencia a la crueldad y la exaltación de los sentimientos egoístas. 4º Confirmando los experimentos de Isidoro Imber sobre la acción psicomotora del etanol en la esquizofrenia; por Claude, Robin y Catalano sobre la de la narcosis etérea; por Bychowski sobre la de la cocaína y por Perelmann sobre la del alcohol etílico en la catatonía, los resultados que obtuve, especialmente en hebefrénicos, fueron negativos en lo que se refiere a facilitar el examen psicológico de los alienados. Pero, en cambio, en todos los demás se evidenciaron las características afectivas (egocentrismo, autoerotismo, perversidad), ratificando y completando en todas sus partes lo observado fuera del estado de intoxicación experimental.

Las numerosas observaciones hechas y los pocos experimentos realizados, no tienen la pretensión de decir algo trascendental en Psiquiatría, ni de derrumbar los conceptos adquiridos hasta hoy acerca de los desórdenes afectivos en los enfermos nerviosos y mentales. Trátase de contribuir a la fijación de ciertos caracteres de la afectividad en las psicosis, considerando el asunto desde un ángulo determinado, con objeto de agrupar y comprobar los fenómenos constantes o que se repiten. Solamente es un aspecto más. Quedan muchos otros, y cuantos más se consideren, mejor será el conocimiento de estas perturbaciones.

# **Gardénal**

FENIL - ETIL - MALONILUREA

**EPILEPSIA  
CONVULSIONES  
ESTADOS ANSIOSOS  
INSOMNIOS REBELDES**

*EN TUBOS DE COMPRIMIDOS  
A 0,70, 0,05 Y 0,01*

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN  
Y BAJO LA VIGILANCIA MÉDICA

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
SPÉCIA**

MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE  
21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8<sup>e</sup>

N° 3467 D. S. P

REPRESENTANTES PARA LA REPUBLICA MEXICANA:  
**ESTABLECIMIENTOS MEXICANOS COLLIÈRE, S. A.**  
PLAZA DE LA REPUBLICA No. 43 - MEXICO, D. F.

# Miopatía Primitiva Progresiva —

Por el Dr.

ANTONIO TENA

En los primeros meses del presente año me fué enviado para su estudio el joven Vicente N., cuyo padecimiento, no muy común, tiene ciertas particularidades que hacen interesante su historia.

Es un adolescente de diez y siete años, nacido en México, donde permaneció once; después cinco en Estados Unidos, de donde regresó desde hace un año. Hijo de padre sumamente delgado, alcohólico y tuberculoso, de lo que murió; entre los colaterales hay un psicasténico y un tuberculoso.

Amamantado por su madre hasta los diez y ocho meses; antes de los dos años tuvo un padecimiento infeccioso intestinal y desde entonces hasta los siete, estreñimiento horario hasta de cinco días, que en algunas ocasiones se acompañaba de fiebre fugaz, a veces periódica (cada veinte días).

Sano, robusto y normal hasta la edad de diez y ocho meses; poco después, la madre comenzó a notar debilidad en sus cuatro miembros; no intentaba ponerse de pie ni tenía fuerza para ayudarse con las manos; anduvo a los dos años, pero nunca caminó aprisa ni corrió sin tropezar y caer y, por otra parte, no trataba de evitarlo; acentuándose esto a los dos años y medio a tal grado, que durante quince días o más guardó cama, y cuando se quería levantarlo, doblaba los miembros inferiores y se oponía a ello; desde entonces, los miembros superiores, principalmente en la raíz, no se desarrollaron más que en longitud, sin engrosar de una manera aparente; seis meses después su cara comenzó a enflaquecer ostensiblemente, tanto, que a los cinco años la fuerza muscular disminuyó a tal grado, que no podía elevar los brazos y los demás movimientos se ejecutaban con poca fuerza; por esta misma época, es decir, a los tres años, fueron apreciables enflaquecimiento y



debilidad en la raíz de los miembros inferiores. De los siete a los quince años creció rápidamente, sin que la cara y miembros aumentaran de una manera apreciable de volumen, pues cada día estaban más delgados y faltos de fuerza. De entonces a la fecha ha habido poca variación.

Aunque retraído y poco afecto a los juegos, su desarrollo psíquico ha sido normal, un tanto precoz. Los aparatos y sistemas, inclusive el genital, funcionan normalmente. La medicación puede resumirse en toda la variedad de tónicos y reconstituyentes que ha tomado con el objeto de robustecerse y tener fuerzas.

En un examen de conjunto y estando de pie, lo que más impresiona es el extremo enflaquecimiento, pero éste no es igual en todas partes; la cara, un tanto inmóvil, con labios prominentes tapiroides, unida al ensanchamiento del cuello, recuerda la "facies de esfinge" descrita por Gilbert-Ballèt; el tórax, esquelético, con "escapulae alatae" cifosis dorsal y ensilladura lumbar, hacen que el plano del dorso sea posterior al de las regiones glúteas, como lo ha observado Paul Richer; saliente de casi todas las costillas y hundimiento de la parte inferior del esternón; los miembros son sumamente delgados, principalmente en la raíz y segmentos proximales, mucho menos en los antebrazos y manos, y menos aún en las piernas y pies. Todo lo anterior contribuye a que exista una falta de armonía en las formas, según la expresión de Boix. Cuando permanece de pie, separa sus miembros inferiores para ensanchar la base de sustentación, y al andar lo hace con cierta solemnidad.

Hay disminución general del panículo adiposo. Los músculos: de la cara, atrofiados, salvo los orbiculares de la boca y párpados, que parecen respetados; con menor tonicidad y fuerza. Del cuello, son los anteriores los más afectados, por lo cual la flexión se hace con muy poca fuerza; con mayor, la extensión (saliente de los trapecios). En los miembros superiores, la atrofia decrece de la raíz a la extremidad (siendo más acentuada en el lado derecho); en las manos es poco aparente. Cosa semejante puede decirse, aunque en menor escala, de los miembros inferiores; pero aquí las piernas y los pies se acercan más a lo normal.

Todos los movimientos pasivos son posibles y de los activos falta únicamente el de elevación de los brazos. La fuerza muscular, suficiente para ejecutar los movimientos activos de los brazos, es vencida con la menor resistencia que se oponga, principalmente durante la propulsión, retropulsión y abducción; menos, para adducción, flexión de los antebrazos y extensión de los mismos; en los puños y manos se acerca a la normal. En los miembros inferiores, dado el menor grado de las al-



Ocho meses

Tres Años

Dos años



Cuatro años

Cinco años



Fotografías del enfermo, tomadas en distintas edades durante su infancia, en las que puede verse el progreso de la atrofia en la cara y en los miembros (facies y actitud)

teraciones, todos los movimientos activos se efectúan y la fuerza, muy disminuída para la flexión y extensión de los muslos sobre la pelvis, menos para la adducción y abducción y mayor aún para la flexión y extensión de las piernas sobre los muslos, está normal en los pies.

La tonicidad muscular, de una manera general, se encuentra disminuída y paralelamente a la atrofia.

De los reflejos, los oculares y cutáneos son normales; de los tendinosos, están abolidos los bicipitales y radioflexores; se aprecian muy disminuídos los tricipitales y cúbitopronadores; más aparentes los rotulianos y los aquilianos, aunque siempre disminuídos.

No hay contracciones fibrilares ni reflectividad idiomuscular.

La sensibilidad a los diversos excitantes, es normal.

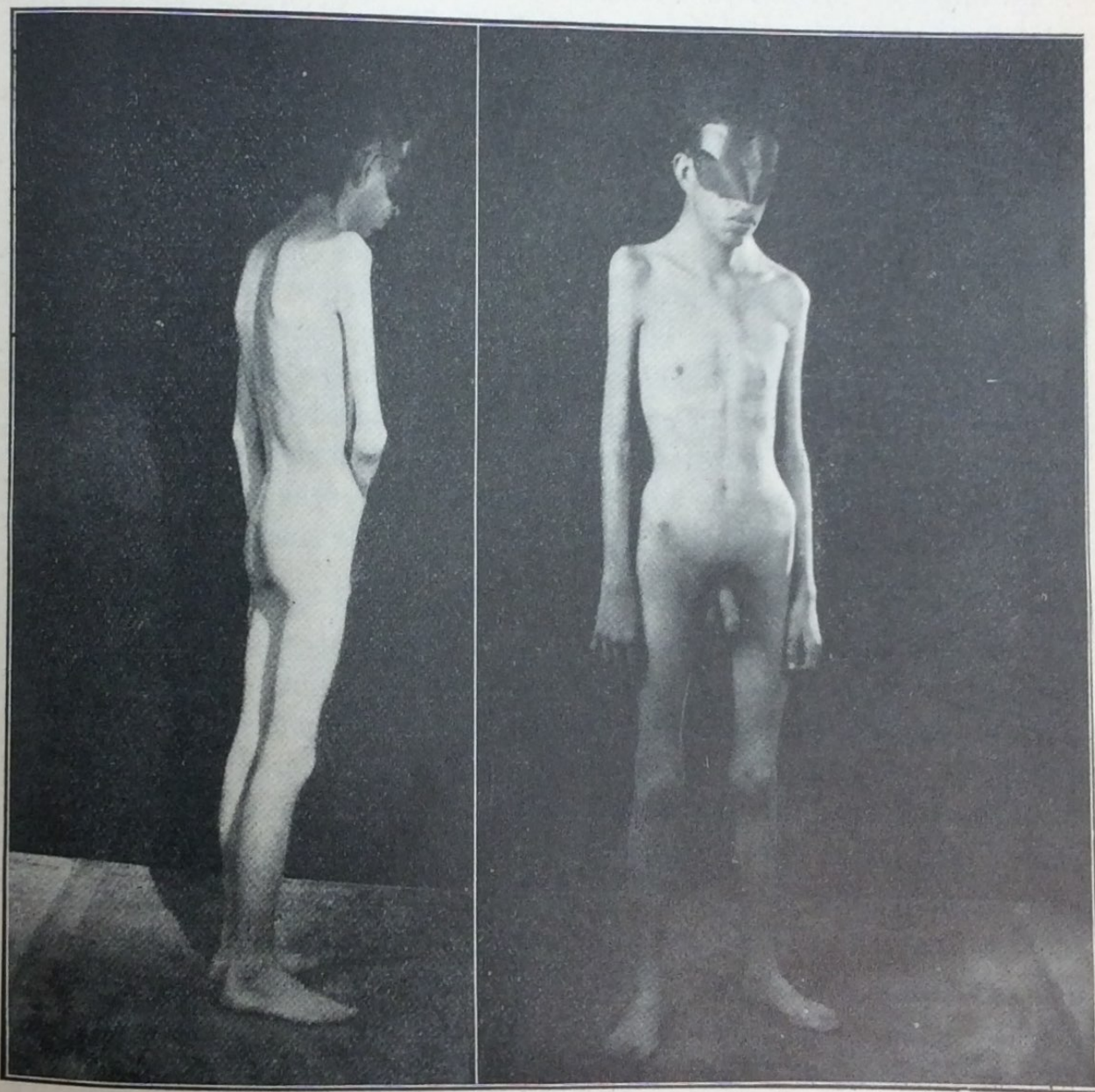
Puede notarse también hipertrichosis, dermografismo, tiroide palpable y desarrollo anormal de los órganos genitales.

Temperatura: 36.5. Respiraciones: 22 por minuto, de tipo abdominal. Pulso rítmico, igual, poco amplio, 96 por minuto y cuya tensión es mx. = 11.5, mn. = 7 (método auscultatorio). Pared arterial, sana.

Como exámenes complementarios y de laboratorio, se efectuaron: análisis de orina con resultados dentro de lo normal. Reacción de Wassermann negativa. Metabolismo basal, dentro de los límites normales. Exploración de la cronaxia hecha por el señor doctor Enrique Bulman y cuyo resumen copio: "Existen músculos que tienen dos valores cronáxicos diferentes, uno de ellos cercano al normal y el otro grandemente aumentado, particularmente apreciable éste por excitación longitudinal, llegando a la reacción miotónica. Entre estos músculos citaremos el extensor común de los dedos y el corto extensor del pulgar en el miembro superior derecho; en los miembros inferiores, el recto anterior izquierdo, los extensores comunes de los ortijos de ambos lados, el largo peroneo lateral; en estos músculos de los miembros inferiores francamente existe reacción miotónica. En la cara encontramos músculos en estas condiciones, como el anillo orbitario del orbicular inferior de los párpados del lado derecho y los orbiculares del labio superior. Son muy numerosos los músculos que están divididos en varios haces musculares con cronaxias semejantes, teniendo valores muy parecidos y dentro de las cifras normales; entre ellos citaremos los músculos deltoides, bíceps y tríceps en los miembros superiores, y en los inferiores, los glúteos mayores, semimembranoso izquierdo y semitendinoso derecho; los músculos de la masa sacrolumbar se encuentran en las mismas condiciones. La

disminución franca de las masas musculares coincidiendo con la existencia de haces miotónicos, es característica de la forma subaguda de las miopatías, de la miopatía miotónica o miotonía atrófica. La fragmentación de músculos que presentan sus haces con cronaxias particulares normales nos hace pensar en procesos miopáticos antiguos, los cuales llevaron a la degeneración completa los haces musculares afectados. No existe ninguna sistematización en el proceso.”

Fácilmente se desprende de todo lo anterior, que se trata de una miopatía primitiva progresiva, ya que los caracteres del padecimiento: atrofia que ha aparecido en la niñez, con principio y predominio en la raíz de los miembros, simétrica, con reflejos tendinosos disminuídos o abolidos a prorrata de la amiotrofia, con reflectividad idiomuscular



Fotografado de frente y de perfil, pudiendo apreciarse la amiotrofia generalizada con predominio en las raíces de los miembros

abolida, sin contracciones fibrilares, con sensibilidad normal y cuya evolución ha sido progresiva, permiten hacer un diagnóstico clínico directo. A mayor abundamiento, el resultado de la exploración de la cronaxia dió la reacción característica de las miopatías.

No puede decirse cosa semejante cuando se trata de clasificar en alguno de los tipos o formas clínicas dicha miopatía, pues existen varios datos contradictorios: si nos atenemos a la observación de la madre, que asegura que la atrofia comenzó en la raíz de los miembros superiores, para invadir después la cara y luego los miembros inferiores, igualmente en su raíz, no podría explicarse por qué fué tardo en andar, ni la dificultad para incorporarse y sostenerse, lo que más bien nos hace suponer que la atrofia y, por lo mismo, la falta de fuerza, fué simultánea en los cuatro miembros y tal vez en la cara, puesto que en algunas fotografías de esa época se aprecia ya una diferencia notable en cuanto al desarrollo de ella, comparando con las anteriores, cosa en la cual pudo no fijarse la madre, dado que lo más impresionante para ella eran los trastornos en los miembros.

De los tipos clínicos, aquel que aparece más precozmente es el de Landouzy-Dejerine, pero casi nunca invade los miembros inferiores (Duchenne). En el tipo juvenil de Erb, el principio está en la raíz de los miembros superiores e invade después los inferiores, la cara permanece indemne durante mucho tiempo y, además, su aparición es en la adolescencia. Por todo lo cual pudiera clasificarse el caso que estudio como una forma de transición, o mejor, de asociación de los dos tipos a que antes aludo, ya que han sido citados casos semejantes por Thiers, en los cuales la invasión de los miembros y de la cara es simultánea o con poco intervalo.

Recientemente Bourguignon y Huet, entre otros, se han ocupado del estudio de las reacciones eléctricas que presentan los músculos miopáticos, habiendo encontrado que en un mismo músculo existen dos cronaxias, una pequeña que corresponde a porciones normales con fibras vivas y otra grande a las fibras alteradas, o lentas; y, además, reacciones miotónicas que, aunque son características también del músculo miopático, parecen establecer un eslabón entre las verdaderas miopatías y la enfermedad de Thomsen, constituyendo lo que ha dado en llamarse "miopatía miotónica o miotonía atrófica". En el caso que estudié hay todas estas alteraciones, de tal manera que, en resumen, puede decirse que se trata de una miopatía primitiva progresiva, de forma asociada, que participa de los tipos Landouzy-Dejerine y juvenil de Erb y

que entra dentro de los casos que establecen una transición entre las miopatías propiamente dichas y la enfermedad de Thomsen, es decir, y usando la denominación que Lannois les dió en 1904, es una miotonía atrófica o miopatía miotónica que, en resumen, no es sino una forma de miopatía.

Por lo que se refiere a las causas que provocan su desarrollo, tratándose de una distrofia de evolución, pueden intervenir las infecciones, como la fiebre tifoidea señalada por Babinsky. Entre los antecedentes del caso que estudio, existe una infección intestinal. Además, otro de los fenómenos habituales que acompañan a su desarrollo, es la constipación (Huet y Baudoin), debida a la atrofia que, según Leri, existe en la musculatura gastrointestinal.

Sigo estudiando al joven Vicente N., y se han solicitado varios exámenes de laboratorio, cuyo resultado, unido a los valores cronácicos, será objeto de un trabajo que preparo, en el cual insistiré de una manera especial sobre el valor de este medio de exploración, que permite completar y comprobar los datos clínicos y, además, dando una mayor precisión, descubre alteraciones que en algunos casos pasan inadvertidas.

## **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

Usese exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica.

PRESENTANTE: MAX ABBAT

LUCERNA, 47

MEXICO, D. F.

•  
**Un bismuto  
que penetra  
las meninges**  
•



EXISTEN dos clases de preparaciones antisifilíticas de bismuto: una contiene el bismuto en forma electropositiva o de cationes; la otra en forma electronegativa o de aniones.

Es sabido que los cationes de los metales pesados precipitan las proteínas y destruyen o disminuyen la permeabilidad de las membranas celulares; en cambio los aniones no alteran la permeabilidad y penetran sin dificultad. Esto se debe a que tanto las membranas coloidales como los aniones reciben carga negativa, y los coloides no se coagulan por partículas que posean la misma carga eléctrica.

Para que un agente antisifilítico de bismuto pueda ser eficaz especialmente en la neurosífilis, deberá penetrar las meninges y el sistema nervioso central. Es decir, deberá ser del tipo aniónico o electronegativo.

Los Laboratorios Squibb, con la colaboración de la Universidad de Stanford y de los Drs. Hanzlik, Mehrrens, Spaulding y otros han logrado producir esta preparación, que se suministra con el nombre de IODOBISMITOL. Ensayos clínicos y de laboratorio han demostrado que el Iodobismitol posee una penetrabilidad de las meninges tres veces mayor que la de otras preparaciones semejantes.

Reg. No. 9928.—D. S. P.

Solicite muestras y literatura a los  
ESTABLECIMIENTOS MEXICANOS COLLIERE, S. A.  
Plaza de la República, 43. México, D. F.

# IODOBISMITOL SQUIBB

En ampolletas de 2 c. c.  
Cajas de 5 y 10 ampolletas.

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

Por el Dr.

JOSE ROJO DE LA VEGA

(Concluye)

Señalan Sollier y Courbon que, "bajo la influencia de choques emocionales intensos, como se ha observado en gran número durante la guerra, puede sobrevenir un estado de inhibición generalizada, que sumerge al individuo en un estado de inercia completa, realizando el síndrome del estupor. En un grado menor, la difusión generalizada de la excitación en el cerebro trae un estado de desorientación y de incoherencia, realizando el síndrome de la confusión mental, o revistiendo una forma ebriosa, llamada ebriedad emocional (Féré). En un grado aún más atenuado, que se encuentra diariamente en la vida, la emoción trae en el sujeto un estado de desarrollo en el pensamiento y los movimientos, respondiendo a la expresión vulgar francesa de "perdre la carte", el que anda sin rumbo y sin brújula. Todos los estados precedentes son más o menos pasajeros. Llegamos ahora al estado continuo que se llama la **constitución emotiva**. Los emotivos constitucionales son esos seres que se llaman impresionables, vibrantes, nerviosos, que se estremecen con cualquier nueva; tiemblan con la menor impresión viva o súbita; que pierden más o menos el hilo de su pensamiento cada vez que un incidente nuevo se produce; su reflectividad tendinosa, pupilar y cutánea a menudo está exagerada; la taquicardia, las alteraciones vasomotoras y secretoras, la poliuria, la hiperhidrosis, la diarrea, sobreviniendo en cada emoción, prueban que se trata de un desequilibrio vagosimpático. Este estado, llamado **constitucional**, puede adquirirse en el curso de un choque emocional único, pero muy intenso (sideración) o de una suma de emociones más ligeras o aun de enfermedades infecciosas o



traumáticas. Estos sujetos pueden conservar toda su vida esta hiperemotividad, **sin convertirse nunca en un estado verdaderamente psicopatológico**".

En los dictámenes que encontramos en autos se expresa: "cabe decir que en un tono de relativa tristeza diaria, a fines de la semana, cuando se aproxima la visita dominical de la novia, Charles reacciona hasta volverse comunicativo y alegre. Si se le recuerda a la madre muerta, a los hermanos lejanos, etc., Whalley vive instantes especiales de excitación emotiva: la tez, de suyo roja, enrojece mucho más, aumenta la salivación, asoman lágrimas en los ojos, fino sudor aparece en la frente y carrillos... Estos **fenómenos críticos son de corta duración** y el tono emocional habitual toma su sitio". (Doctores Iturbide y Marín.)

Los peritos particulares tratan ampliamente "de la hiperemotividad" de Charles, la cual para ellos "presenta características patológicas".

**Apatía.**—No tiene indiferentismo hacia todos los acontecimientos externos, sino al contrario, él desea la libertad para trabajar y casarse; él lucha porque se le devuelva el dinero, "lo único que poseo materialmente"; él quiere salir de la prisión porque "esto no puede seguir así", sin que considerando Whalley perdida la esperanza de libertad, no muestre interés por todo lo demás que le acontece en otras esferas de su vida.

**Cambios del humor.**—Durante nuestra conversación presenta cambios bruscos pero motivados del humor, de tal modo que, estando hablando alegremente y feliz, Whalley recuerda su caso o sus familiares y oscila inesperadamente hacia la tristeza; no es, pues, la labilidad afectiva del débil mental o del demente paralítico, v. gr.:

**Sugestibilidad.**—En insinuaciones hechas a Whalley no encontramos ésta aumentada, sino normal.

**Motricidad.**—(Esfera de la voluntad.)

**Inhibiciones.**—No observamos que el impulso voluntario de Whalley encuentre en todo ni en ningún momento una resistencia interior (freno) que lo detenga y paralice, al contrario, ya lo señalamos como hiperpermímico.

**Abulia.**—No tiene. Whalley es capaz de formular o mantener decisiones de cualquier género.

**Insuficiencia subjetiva.**—No tiene. Nuestro reconocido se siente capaz para efectuar los diversos actos de su trabajo profesional.

**Estupor.**—Obediencia automática, negativismo, mutismo o mutaciones, falsas respuestas, no los presenta.

**Agitación.**—Impulsiones, dromomanía, verborrea, confusión verbal, fuga de ideas, jargonafasia (el lenguaje reducido a una ensalada de palabras), verbigeración (repetición estereotipada de las mismas frases y palabras) no las presenta.

**Conocimiento.**—Coma, sopor, somnolencia, inconsciencia, no tiene.

**Orientación.**—Sobre la propia persona, espacio y tiempo, es normal.

**Memoria.**—Anterógrada y retrógrada, normales; anotando solamente pequeñas lagunas sin importancia.

**Confusión mental.**—No tiene.

**Estados crepusculares de la conciencia, semisueños, onirismo.**—No tiene.

**Limitación del campo de la conciencia.**—No encontramos absorbida la conciencia por algún complejo cuyo intenso tono afectivo apenas si le permita percibir los acontecimientos externos.

**Atención.**—Es correcta. Hicimos la prueba de Bourdon, y nuestro reconocimiento no tuvo errores.

**Ideación y asociación de ideas.**—Correctas. No se observa el tipo de asociación catatímica ni incoordinación (es decir, no hay incoherencia ni fuga de ideas). Tampoco bradipsiquia, ni disgregación, ni perseveración, ni ideas delirantes, expansivas o depresivas.

En resumen: no presenta desórdenes sensoperceptivos (ilusiones, alucinaciones), proséxicos (focales y marginales), imaginativos (como fabulación), amnésicos, ideativos, de juicio, (auto y heterocrítica), afectivos ni volitivos.

**Actitud.**—En los varios reconocimientos que le hicimos, fuera de la hipermimia discreta y cierto descuido en su indumentaria, no encontramos detalle digno de mencionarse especialmente.

**Conducta.**—Acompañamos el informe que se sirvió darnos el secretario de la Penitenciaría, en donde se encuentra detenido Whalley, en el que se expresa "que pedidos los informes respectivos acerca de la conducta que ha observado el reo y revisados igualmente los registros de medidas disciplinarias que se imponen en esta Penitenciaría, resultó no tener anotada ninguna y, por lo tanto, su conducta ha sido buena, sin hechos positivos, ya que no desempeña ninguna comisión ni trabaja

en ningún taller". No ha dado, pues, durante su estancia en la prisión, hecho impulsivo alguno, producto de la llamada "hiperemotividad con caracteres patológicos".

**Estigmas de alcoholismo crónico**—Objetivos: tiene ligero tamborileo de los dedos y algo de temblor fibrilar de la lengua. Pituitas gástricas, no tiene. Acné rosáceo de la cara, no tiene. Pterigiones, conjuntivitis, no tiene. Alteraciones pupilares (desigualdad, paresia a las reacciones a la luz y a la acomodación), no tiene. Subjetivos: hiperestesias, no tiene. Polineuritis, no tiene. Alucinaciones y pesadillas bajo la forma de toda clase de animales (zoopsias) (monos, ratas, ratones, leones, insectos, etc.), no tiene. Calambres nocturnos, no tiene. Alteraciones de la vista (diplopía), no tiene. Alteraciones del oído, no tiene

**Sistema neurovegetativo y endócrino.**—Transcribo el examen que hicieron a este respecto los peritos particulares: "...Reflejo óculo-cardíaco; apreciación: **aumento del tono parasimpático y rápida excitabilidad de ambos sistemas.** Durante el cuarto de la compresión apareció aritmia. Prueba de Ruggieri, muy débilmente positiva. Prueba de Sig-mogi, muy débilmente positiva. Ortostatismo, treinta; clinostatismo, veintidós. Reacciones vasomotoras: dermatografismo vago exagerado, después de un brevísimo tiempo de marca blanca aparece la roja, que duró, en la mitad superior del cuerpo, tres minutos en desaparecer y aun más en la región cervical y dos minutos de reacción en las partes comandadas por los sistemas axiolocales bajos. Reflejo pilomotor, fácil. La prueba de Hoetch, la cual fué positiva franca, **proporcionó datos de extraordinaria importancia.** Ya estaban declinando todos los fenómenos, cuando tuvo una exclamación que tiene un gran interés en nuestro concepto: "me siento muy cansado..." Como cuando después de lo de Emeno. En las pruebas endocrinológicas **no se hicieron pruebas suficientes** para poder presentar un párrafo, y nos limitamos, según lo ya estudiado por nosotros en este sujeto, a advertir **que las glándulas que intervienen preponderantemente** en su topología **son el tiroides y las suprarrenales** en primer término; la hipófisis secundariamente. Como dato interesante: la caída del pelo, abundante a raíz del comienzo de sus trastornos... por lo que respecta a otra consideración de orden somático, no podemos dejar de considerar **la excitabilidad de ambos sistemas simpático y parasimpático, probablemente** con alteraciones de las glándulas de secreción interna de predominancia tiroidea... no vamos a detenernos ya en consideraciones que apoyen este diagnóstico, puesto que **nos parecen suficientes las pruebas que hemos relatado...** Su enunciado lo hacemos



Reg. 6748. D. S. P.

Fermentos leucocitarios activados + Uroformina

Por la vía intramuscular o **INTRAVENOSA**

**Cajas con 4 ampolletas de 2 c. c.**

Representantes Exclusivos:

**GRUPO ROUSSEL, S. A.**

APARTADO POSTAL 7541.

MEXICO, D. F.

# Anemias Hemorragias Convalecencias



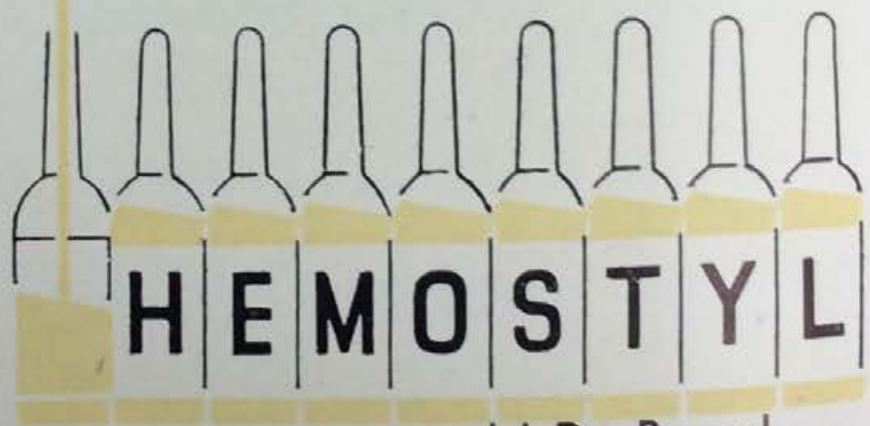
Tres  
Formas

Ampolletas  
(Suero hemo-  
poyético)

Jarabe  
y Vino  
(Sangre hemo-  
poyética total)

1800 caballos  
seleccionados  
rigurosamente

Ampolletas Reg. 891 D. S. P.  
Jarabe " 5905 "  
Vino " 1284 "



del Dr. Roussel.

Representantes Exclusivos:

**GRUPO ROUSSEL, S. A.**

Apartado Postal 7541.

México, D. F.

de la siguiente manera: **hipersimpaticotonía e hipervagotonía**, esta última más acentuada en el territorio cefálico...

Los peritos medicolegistas no hicieron el estudio del sistema neurovegetativo ni de la endocrinia.

Yo tampoco los hice.

Nosotros, los peritos medicolegistas, carecemos de los elementos indispensables en nuestro servicio para hacer estos estudios de manera rigurosamente científica.

El estudio de los peritos particulares es tan deficiente, hecho tan a la carrera, que faltan verdaderos detalles insustituibles de técnica, por lo cual no puedo aceptar las conclusiones a que llegan; acertadas o erróneas, están sustentadas en bases deleznable ante la ciencia y arte actual de la investigación médica.

Respecto a las reacciones simpáticas y endócrinas en los psiconeuróticos, se deben investigar conforme al examen completo llamado método concéntrico, para hacer el diagnóstico de profundidad; estudiando sucesivamente la zona psíquica, la zona neurológica, la zona visceral y, finalmente, el núcleo morbígeno o morbífico.

El estudio de la zona nerviosa comprende el análisis de la semiología de todos los reflejos y de todas las modificaciones sensitivas, siendo la mejor línea de conducta la de Babinsky, que consiste en examinar si existen o no signos físicos de afección orgánica lesional del sistema nervioso. Esto es el punto capital, junto a esta agrupación se recogerá cierto número de modificaciones llamadas síndromos fisiopáticos, que si no son la expresión de una alteración orgánica lesional, tampoco son la simple resultante de un proceso de origen psíquico puro (semiología orgánica lesional y semiología orgánica dinámica).

En el estudio del aspecto simpático, las respuestas a la investigación de los reflejos no son verdaderas más que para el territorio interrogado y para el territorio de que depende el reflejo que ha contestado.

En efecto, conforme lo ha demostrado el profesor Bar, no basta interrogar un punto cualquiera del sistema simpático para apreciar los grados de excitabilidad de sus diferentes territorios. El simpático se conduce como el resto del sistema cerebroespinal.

Para apreciar como es debido el estado simpático de un psiconeurótico, se deben estudiar los reflejos vasomotores cutáneos: la raya meníngea, la raya blanca de Vulpian, la mancha roja de Marañón, la línea blanca de Sergent, la mancha blanca de Hallion (oscilometría Vaquero

Laubry); las reacciones térmicas cutáneas (la anisotermia); el reflejo pilomotor; los reflejos sudorales; el reflejo oculo-cardíaco; el reflejo palato-cardíaco; la prueba de la hemoelasia digestiva; el metabolismo basal (investigación muy delicada); el reflejo pupilar (reacción de Schiff, reacción de Turnay); el reflejo nasolabial; reflejos por el orto o clinostastino (reflejo de Walser), pruebas de Erben, reflejo de Somoggi, pruebas farmacodinámicas de la atropina, adrenalina, pilocarpina, la capiloscopía y otras más que sería largo enumerar; de todas las pruebas citadas ninguna basta por sí sola para establecer un diagnóstico, sino únicamente la asociación de ellas; además, hay que tener en cuenta el factor emotivo que puede falsear los resultados, y otros, como la hora en que se efectuó la exploración con relación a los alimentos, etc.

Después de esta larga serie de exámenes, se reúnen todas las modificaciones proporcionadas por el estudio de los reflejos y se agrupan en dos categorías, después de que queden o no incluídas en los casos de semiología lesional.

En lo que respecta a la zona endócrina, los peritos particulares confiesan paladinamente que **"no se hicieron pruebas suficientes"** y no citan las insuficientes que hicieron: Yo, como en lo que respecta al sistema neurovegetativo, no acepto sus conclusiones de que "...probablemente hay alteraciones de las glándulas tiroideas".

En el asunto endócrino se debe tener en cuenta dos aspectos: el morfológico y el humoral.

El primero no completa por sí sólo el estudio endocrinológico sin la investigación detenida de las modificaciones del medio humoral, investigar si hay adrenalina, hiper o hipoinsulinemia, modificación de la glicemia, de la colesterinemia, de la calcemia, porque el calcio desempeña un papel importante en las perturbaciones endócrinas, corriendo paralelamente la disminución del calcio con la hiperexcitabilidad del vago; hay que estudiar también las reacciones de la acidez iónica (el Ph sanguíneo) con objeto de buscar estados de acidosis o la tendencia a la alcalosis, ésta última la han encontrado los investigadores (Laignel-Lavastine Cornelius) en los estados ansiosos, de tal manera, que se puede decir que existe una ansiedad ligada con el aumento del Ph urinario y que puede describirse una ansiedad "neurosis alcalina".

Después de haberse estudiado los aspectos morfológicos y humorales, se hace un análisis de los trastornos endócrinos y se ve la parte que corresponde al tiroides, a la paratiroides, al páncreas, a la hipófisis, etc., en las perturbaciones observadas.

Analizadas las zonas neurológicas y endócrinas, se establecen jerarquías entre estos trastornos simpáticos, psíquicos y endócrinos; como ejemplos, solamente citaré las relaciones psicossimpáticas entre histerismo, neurastenia, psicastenia, psiconeurosis emotiva; ampliando un poco sobre la psiconeurosis emotiva, diré que los sujetos de este grupo, individuos muy emotivos, tienen su simpático en un estado débil notable y sus reacciones son muy inestables; han sido denominados por Laignel-Lavastine "atáxicos vasomotores", relacionando su labilidad a reacciones casi siempre de las suprarrenales y en especial a descargas de adrenalina en relación con las modificaciones del simpático; ¿y por qué razón bajo la influencia de una emoción se observan tan fácilmente variaciones adrenalinémicas? Pues, sencillamente, contesta el citado Laignel-Lavastine, porque las suprarrenales están inervadas por el esplácnico menor y sus fibras atraviesan los ganglios simpáticos sin detenerse en ellos, constituyendo una jerarquía en íntima relación con la síntesis del individuo." (Laignel-Lavastine, Vaquero, Cornelius, Ocaranza).

Refiriéndome a "alteraciones de las glándulas de secreción interna de predominancia tiroidea", citada por los peritos particulares, diré que no se aporta dato ni estudio alguno a este respecto, si apenas "la caída abundante del pelo a raíz del comienzo de sus trastornos", por lo cual "la predominancia tiroidea" queda en un supuesto de mucha probabilidad para mí.

En las relaciones endócrinonerviosatiroidea, se deben considerar: 1º, relaciones de coincidencia; 2º, de solidaridad, demostración de la existencia de un complexus tiroideoendocriniano; 3º, de causalidad, demostración de la existencia de una distimia tiroidea.

Sería muy largo entrar en consideraciones acerca de este punto; sin embargo, señalaré, por creerlo pertinente, que sí hay psicosis tiroideas; entre ellas existen las distimias, es decir, alteraciones de la afectividad de origen tiroideo; el cuerpo tiroides puede ser considerado con Leopold Levi, como la glándula de la emoción; experiencias hechas en España y Estados Unidos de Norteamérica han puesto en evidencia la disociación relativamente frecuente entre el síndrome fisiológico de la emoción y las manifestaciones afectivas (Marañón, Kieley).

Hay relaciones de solidaridad entre hipertiroidismo y psicosis, al grado que el tratamiento del primero puede aliviar y curar al segundo, atenuando al mismo tiempo un síndrome de Basedow y una melancolía, o un estado ansioso, o un carácter paranoide, etc.; pero también se puede objetar: 1º, que se trata de manifestaciones frecuentes en patología y que esta frecuencia de bocios y de psicosis afectivas explica que se en-



cuentre a menudo su coincidencia en el mismo individuo; 2º, que para alteraciones tiroideas iguales (aumento de volumen) se observan manifestaciones psíquicas muy diferentes; 3º, que, en fin, se pueden tener manifestaciones tiroideas claras sin ninguna alteración psíquica, sin olvidar que para tener manifestaciones psíquicas es indispensable una predisposición mental (Vigoroux, Ceillier, Mlles. Georgette, Austine).

Y ante la importancia científica material porque siempre ha atravesado el Servicio Médicolegal, abandono estos estudios, mejor que llegar dificultosamente a una proposición casi o imposible de probar dentro del discutible terreno del "puede ser", pero sin aceptar, por inconsistentes, las conclusiones de los peritos particulares.

¿La enfermedad de Whalley, "cefalea con algunos fenómenos vago-simpáticos", es enfermedad nerviosa posttraumática? La guerra de 1914-18, durante la cual los traumatismos de la cabeza fueron tan frecuentes, ha demostrado la importancia de los trastornos subjetivos que han sido observados en los diferentes puntos del campo de batalla por médicos distintos, en enfermos que no estaban en relación unos con otros y a quienes no se les había dicho nada con respecto a este asunto. Estas observaciones han permitido precisar la autenticidad de un síndrome subjetivo que apenas antes se había llamado la atención de los neurólogos.

El síndrome subjetivo de los lesionados del cráneo consiste:

**1º Cefalea.**—Casi todos los lesionados del cráneo dicen sentir cefalalgias en forma de sensación de pesadez, de compresión o de latido, a menudo independiente del punto donde radica la lesión, aunque en ocasiones puede predominar a su nivel. La cefalalgia es ya permanente o transitoria, con exacerbaciones diurnas o nocturnas, o con el esfuerzo, también bajo la influencia de la fatiga física o intelectual (lectura, conversación prolongada), de los cambios de temperatura, de una luz demasiado intensa, visión de objetos en movimiento, ruidos intensos; según lo afirman también estos enfermos, no pueden mirar vistas cinematográficas.

**2º Deslumbramiento.**—La mayor parte de estos lesionados se quejan de padecer vértigos o desvanecimientos que consisten en deslumbramientos: el lesionado ve delante de sus ojos una densa niebla, algunas veces pequeños círculos brillantes que dan vueltas, mariposas, chispas, etc., lo cual dura algunos minutos; durante estos fenómenos el herido casi pierde el equilibrio, teme caer, pero en realidad no cae nunca. No se trata, pues, de trastornos vertiginosos verdaderos. Estos deslumbra-

mientos no guardan relación con sitio, dimensiones o profundidad de la lesión.

**3º Trastornos psíquicos.**—Los lesionados se quejan de haber experimentado un cambio de carácter. Están a veces tristes, otras los domina un estado de torpeza, de irritabilidad, de angustia; sienten, además, llamaradas de calor, insomnios, pesadillas, incapacidad para el trabajo y a menudo también trastornos de la memoria, de fijación, principalmente para los hechos recientes consecutivos al traumatismo, de los cuales existe una laguna en la memoria, interesando en ocasiones esta laguna también el período anterior (amnesia retrógrada); por lo que se refiere a los hechos posteriores al accidente, trátase no ya de pérdida de la memoria, sino de dismesia subordinada a la insuficiencia de la fijación. En cuanto a la memoria de los hechos antiguos, a veces no está perturbada, pero cuando tal ocurre, no se trata de una amnesia verdadera, sino de dismnesia retrógrada; existe también dismnesia de evocación (recuerdos de la infancia y de la adolescencia).

La atención está disminuída de manera muy acentuada.

La asociación de ideas está perturbada en su coherencia y rapidez, teniendo los enfermos un aspecto torpe.

La afectividad de estos lesionados está casi siempre conservada, constituyendo una de las particularidades de los lesionados del cráneo la disociación de los trastornos afectando la memoria y las operaciones psíquicas, con integridad de la afectividad.

La emotividad está exagerada; estos enfermos lloran fácilmente, tienen fobias; a esta emotividad debemos referir también la angustia.

El carácter se traduce en una irritabilidad fácil que ocasiona escenas de cólera o actos impulsivos; otras, un estado de tristeza, mal humor o un verdadero estado de depresión con tendencia melancólica.

El raciocinio permanece completamente íntegro. La actividad es ordenada, pero lenta en relación con la lentitud de ideas.

No hay en este síndrome ni delirio ni alucinaciones.

Las reacciones emotivas y psicomotoras de estos lesionados han sido estudiadas por Juan Cámos Nepper, las cuales han comprobado fenómenos emotivos y reacciones anormales sobre las excitaciones sensoriales, visuales, auditivas, táctiles.

Después de las pruebas de Babinsky Weill, Cestan, Roger, Sauvage, se encuentran perturbaciones del equilibrio y la orientación sin que, na-

turalmente, existan perturbaciones del laberinto, aunque esto pueda estar asociado en algunos casos de traumatismos t mporoparietales.

El reflejo  culocard aco cada vez está exagerado, no siendo probable la investigación, dada la causa de errores posibles, debida a la aceleración pasajera del pulso en individuos sumamente emotivos.

Por lo que se refiere a la aparición de este síndrome subjetivo, hay que tener en cuenta el estudio anterior del individuo, que puede muy bien acentuarlo bajo la influencia de una hipertensión arterial o bajo la influencia del alcoholismo, sin que el hallazgo de uno de estos factores excluya el diagnóstico de síndrome subjetivo común a los lesionados del cráneo.

La evolución de estos trastornos es sumamente variable, pero el pronóstico es favorable. Los síntomas se modifican de un modo muy lento, no guardando relación alguna con la intensidad o la magnitud de la lesión. La persistencia de estos trastornos puede ser muy larga y en la actualidad existe aún cierto número de lesionados de la guerra que presentan este síndrome subjetivo.

(Resumen extractado de los trabajos de Crouzon, Grassett, Openheim, Cestan, Chiray, P. Marie, etc.)

Por el estudio anterior nos damos cuenta clara de que Whalley, quien solamente padece de cefalea, cuyo tipo ya hemos descrito y de algunas alteraciones vagosimp ticas no estudiadas seriamente, no est  dentro de este cuadro postguerra; le faltan casi todos o muchos elementos, signos y síntomas constituyentes del concreto subjetivo descrito. Verdaderamente hay una gran distancia entre lo descrito por los peritos particulares, los médicolegistas y lo observado por mí y lo que el síndrome, rigurosamente observado en la guerra, constituye.

 Es un crimen patológico el ejecutado por Whalley?

De Raúl González Enríquez, perito particular, en su trabajo titulado: "Los fenómenos automáticos  n la génesis del homicidio" tomamos estos interesantes párrafos:

"...Ciertamente que las causas determinantes de la acción criminal constituyen un complejo que merece ser examinado desde todos los puntos de vista, antes de pronunciar un fallo, pero dentro de estas modalidades adquiere relieve la personalidad reaccional del sujeto.

Y es precisamente el estudio de los fenómenos de automatismo, que se pueden agrupar en un síndrome, los que revelan cómo muchos de los actos corresponden a fenómenos de disgregación, que siguiendo una gama corren de los estados crepusculares de los epilépticos, hasta la ejecu-

ción de actos que los mismos sujetos no pueden explicar, aun cuando voluntariamente traten de hacerlo y que han tenido lugar sin estar rodeados, aparentemente, de la sombra de un estado segundo típico cuya dirección lo hace palpable en otras ocasiones. En el terreno de lo criminal existen gran número de casos en los que se evidencia el impulso como automatismo que la simple enumeración serviría para apoyo de la existencia de esta causa patógena y criminógena.

Sabemos que en los fenómenos de automatismo se han considerado aquellos que ocurren extravolitivamente, la mayor parte sin conciencia actual del acto que se ejecuta en ese momento, sin poderlo controlar por ninguno de los mecanismos inhibidores comunes y cuya ejecución tiene la apariencia de una serie de reflejos combinados que, alcanzando un fin, cuyo aspecto puede ser el de una acción normal y consciente, no llegan a la conciencia nunca o bien tardíamente y sólo como recuerdo de los actos.

...Asimismo acepto, naturalmente, la influencia incondicional de los hechos que rodean la ejecución del homicidio, celos u otra manifestación del complejo de inferioridad, imposibilidad de adquirir lo deseado más que con la muerte, dolor, o emociones intensas que predispongan al sujeto contra determinada persona...

...Para que un hombre piense matar a otro, dicen Ferri y Ellero, quiera matarlo y ejecute tal propósito, precisa un estado psíquico muy diferente del hombre normal...

...Hay otros casos en los cuales la escasa duración del proceso necesita, para ser reconocido, un amplio estudio de los antecedentes y el conocimiento íntegro de la personalidad del delincuente. Es solamente cuando a la característica clínica del delito se le añaden, en el mismo sentido, trastornos psicopatológicos anteriores, manera de reaccionar, si no constante, cuando menos preponderante hacia la disgregación...

...La ejecución del acto delictuoso, cuando no se comete en las condiciones de automatismo en que la claridad hace obvia cualquiera observación, tiene características que la asemejan al impulso... aparte esta violencia en el acto, chocha con las situaciones que lo han rodeado... después del delito se deben anotar los siguientes: sorpresa por el acto cometido, arrepentimiento súbito que los lleva hasta la desesperación, recuerdo borroso de lo sucedido, imposibilidad de explicar su conducta, extrañeza ante ésta, fenómenos emotivos numerosísimos que pueden ser no más que la expresión de su constitución que los ha llevado al crimen... examinados los antecedentes...: casi nunca hay premeditación, y si existe ventaja, es enteramente ocasional, nunca hay cómplices, el móvil aparente siempre está en relación con asuntos de orden sentimental, emotivoafectivo... el acto delictuoso es precedido numerosas ocasiones de estados emotivos intensos a veces inexplicables... no son sino la vanguardia de fenómenos de automatismo... llegando a identificar las reacciones como provenientes de causas idénticas con desarreglos endócrinos... la futilidad de los motivos es un síntoma que merece valo-

ración, distinguiendo la futilidad aparente de la real... un hecho domina a los demás: en todos se ha encontrado una constitución hiperemotiva... la observación encuentra hechos de orden funcional ya anatómicos que lo colocan como índice de desarreglos hormonales vagosimpáticos, vasculares en síndromes ligados a disgenesias cerebrales—atrofia frontal de Pick, tumores de localización anterior, encefalopatías, etc.—... he de decir que estos fenómenos de automatismo se presentan muy frecuentemente en los oligofrénicos, débiles mentales, cuyo contingente es tan grande en la criminalidad, y como alteraciones frecuentísimas las endócrinosimpáticas, principalmente las que se refieren a disfunciones del tiroides y de las glándulas suprarrenales...”

Es lo anterior, a grandes rasgos, el aspecto moderno en los nuevos horizontes de la clínica criminológica “al poder separar sus casos agrupándolos en una sintomatología precisa en el grupo a que pertenecen, cumpliéndose con esto no nada más un afán diagnóstico, sino posibilidades de emplear tratamientos provechosos”, es decir, en lugar de ir a la prisión carcelaria un criminal, debe de ir al hospital; es el caso que describe Gómez Robleda en su interesante libro “El Güero”; se descubre que el procesado ejecuta su delito por ser diabético, se le curará de esto, para que no vuelva a delinquir por su sangre azucarada: trastorno endócrinosimpático.

Los peritos medicolegistas, en relación al hecho por el cual está procesado Whalley y tras examinar las situaciones antes, durante y después del crimen: “...se encuentra Whalley a los treinta y cuatro años sin empleo, sin poder realizar el anhelado matrimonio, sin la preparación necesaria para dedicarse a otras actividades; su horizonte se estrecha, su mundo gira únicamente en la pérdida del empleo; busca la causa de sus desdichas y personaliza en los directores del Banco Montreal, de México, al enemigo; arma su brazo y canaliza su complejo en desahogo, causando la muerte del superintendente general. **El proceso psicológico es humano y está despojado de todo aspecto psicopático...**”

Por mi parte, a este respecto, estudiando las situaciones de Whalley antes, durante y después del homicidio, encuentro que el cese en su empleo, injustificado a todas luces, según su afirmación y la de su prometida Louise Arnold, a quien interrogamos ampliamente, le ocasionó gran disgusto y un gran enojo hacia los directores del Banco. “Charles no vino de Inglaterra con el objeto de matar a Emeno—dice Louise—; él no premeditó el hecho, desde luego que no estaba loco, pero sí muy sentido y muy enojado, eso sí; él nunca me dijo antes que iba a matar a Emeno; venía a trabajar aquí, porque Inglaterra no le gusta para vivir; así me lo escribió en varias cartas...”

# GINESTRYL

DEL DR. ROUSSEL

## FOLICULINA CRISTALIZADA

Composición del talon internacional:



<b>FRANCIA</b> (Lab. del Dr. Roussel )	<b>95.6%</b>
<b>HOLANDA</b>	<b>1.9 %</b>
<b>AMERICA</b>	<b>1.6 %</b>
<b>ALEMANIA</b>	<b>0.9 %</b>

Amps. 1 c. c. = 1.000 Unidades Internacionales.

Cajas con 6 ampolletas para inyección intramuscular.

Ampolletas Reg. 10722 D. S. P.

Gotas. Una gota = 20 Unidades Internacionales.

Frascos con 10 c. c. Solución - Reg. 11317 D. S. P.

Representantes Exclusivos:

**GRUPO ROUSSEL, S. A.**

Apartado, 7541

México, D. F.

Arteritis  
Enfermedad  
de Raynaud

Angina de pecho  
Hipertensión Arterial  
Arterioesclerosis

Acrocianosis  
Trastornos  
de la  
Menopausia

Jarabe Reg. 2748 D. S. P.  
Amp. Reg. 473 D. S. P.



Extracto Pancreático Desinsulinizado

Representantes Exclusivos: GRUPO ROUSSEL, S. A.  
APARTADO POSTAL 7541. MEXICO, D. F.

El crimen patológico se caracteriza por su instantaneidad, su falta de motivos lógicos, psíquicos; súbitamente el psicópata hiere, mata, etc., a personas que no conocía antes; quema casas o lugares cualesquiera. En algunos casos la reacción delictuosa es desproporcionada ante la excitación mínima inicial.

¿La situación psicológica, la mala condición pecuniaria de Whalley antes del crimen se debe desechar, no se debe tomar en cuenta? Estimo que no.

¿La reacción criminógena de Whalley, asesinato, es de una verdadera desproporción patológica?

Pregunta que yo mismo me hago y que dentro de su amplitud se puede contestar relativamente en una gama extensa.

“¿Cómo es posible que alguno de ustedes pueda saber cómo estaba mi cerebro cuando maté a Emeno?”—dice Whalley.

Tomando el caso en lo absoluto, la reacción homicida sí es desproporcionada ante la excitación (cese, mala situación, no poder casarse); pero si, como justamente lo afirman los peritos medicolegistas, “...sin la preparación necesaria... su mundo gira únicamente en la pérdida del empleo... busca la causa de sus desdichas y personaliza en los directores del Banco al enemigo... arma su brazo y canaliza su complejo en desahogo causando la muerte del superintendente”, no encuentro la desproporción patológica, sino hiperemotividad (no patológica) como causa de la reacción antisocial.

Whalley recuerda bien todas las actitudes, todas las actividades, todas las personas, todas las situaciones, todos los movimientos que hizo antes de matar y después de matar a Emeno; hay momentos en que explica perfectamente el acto homicida agudo: “yo disparé como una ametralladora, no sé ni cómo no maté más gentes.”

La memoria de estos actos no tiene lagunas en Whalley. La amnesia absoluta o lagunar caracteriza al delito patológico, durante los hechos y después, y en multitud de casos el psicópata claramente tiene amnesia anterógrada.

Como está expuesto en las declaraciones, Whalley recuerda perfectamente bien los detalles posthomicidas, recuerda dónde tiró la pistola, recuerda que no le quiso poner otro cargador, recuerda dónde se sentó, etc.; en el examen hecho en la comisaría después del delito encuentran “...estado neuropsíquico: normal; memoria, buena; orientación, normal; asociación de ideas, normal; juicio, no hay confusiones; crítica, normal...”



No encontrando las características patológicas en este hecho delictuoso, estoy de acuerdo con los peritos médicolegistas en que "el proceso psicológico (en lo referente a Whalley) es humano y está despojado de todo aspecto psicopático".

### CONCLUSIONES:

Primera: Charles Frederick Whalley no presenta padecimiento mental alguno.

Segunda: Charles Frederick Whalley no presenta el síndrome subjetivo de los lesionados de cráneo.

Tercera: No puedo dictaminar sobre el sistema neurovegetativo y endócrino de Charles Frederick Whalley, porque carece el Servicio Médicolegal de elementos para hacerlo.

Cuarta: No acepto las conclusiones que al respecto anterior hacen los peritos particulares, porque su estudio e investigación en este caso abunda en deficiencias.

Quinta: Charles Frederick Whalley es un individuo de constitución emotiva, sin que constituya esto un estado verdaderamente psicopatológico.

Sexta: El dictamen de los peritos particulares no tiene conclusión alguna médicolegal.

Séptima: Acepto la conclusión de los peritos médicolegistas: "no encontramos a Charles Frederick Whalley ninguna alteración psicopatológica, ni trastornos mentales involuntarios de carácter patológico y transitorio."

Octava: Charles Frederick Whalley no tuvo crisis emotiva al cometer el delito por el cual se le acusa.

Novena: Charles Frederick Whalley no se hallaba al cometer el delito por el que se le procesa "en un estado de inconsciencia de sus actos, determinado por el empleo accidental o involuntario de sustancias tóxicas, embriagantes o enervantes, ni por un estado toxiinfeccioso agudo, ni por un trastorno mental involuntario de carácter patológico ni transitorio".<sup>1</sup>

México, D. F., a diez y siete de febrero de mil novecientos treinta y cuatro.

<sup>1</sup> Lo que está entre comillas es el texto del Capítulo IV (circunstancias excluyentes de responsabilidad), del artículo 15, fracción II, del Código Penal en materia de fuero común en el Distrito Federal. (N. de la R.)

# Un Asunto Práctico de Psiquiatría Médicolegal

MANERA DE HACER UN DICTAMEN

Por el Dr.

SAMUEL RAMIREZ MORENO

He sido consultado algunas veces por colegas, acerca de la mejor forma de exponer y ordenar los dictámenes psiquiátricos médicolegales, pues con frecuencia estos estudios se expresan sin método, incompletamente y con algún desorden, a pesar de que en ocasiones son el producto de una investigación concienzuda y de interesantísimas observaciones. Suele suceder que no hay uniformidad en la presentación de los dictámenes, a pesar, como ya indiqué, de que la mayoría revelan investigaciones sagaces y estudios minuciosos, dignos de darse a conocer en nuestro medio médico.

Con tal motivo, dedico estos renglones a los médicos que se ven en el caso de formular dictámenes de esta naturaleza, con el deseo de que les puedan ser de alguna utilidad. Para los psiquiatras y los médicos legistas expertos, no les llevan ninguna novedad o enseñanza.

Todo dictamen debe ser dispuesto en orden, siguiendo un curso lógico, expresado con claridad y carente en lo posible, de términos técnicos, pues hay que tener en cuenta que es para ilustrar el criterio de un juez, quien no tiene obligación de conocer medicina o psiquiatría y sí, en cambio, la necesidad de que se le explique lo que le interesa saber.

Tanto en materia penal como civil, el dictamen ha de constar de cinco partes, que deben llenarse dentro del orden y plan que a continuación se señala:

## I. INTRODUCCION O PREAMBULO.

- a) Nombre, puesto (oficial o particular del médico), facultad que le otorgó el título, número de éste en el registro de Salubridad y domicilio del perito.

- b) Señalar la prestación del servicio y la índole del peritaje.
- c) Transcripción del oficio dictado por el juez.
- d) Fecha y lugar de la diligencia y nombre de las personas presentes.

II. EXPOSICION DEL ASUNTO POR EL CUAL SE SOLICITA EL DICTAMEN. (Presunciones de enajenación mental que se traduzcan por errores de conducta y actos anormales, especialmente en materia civil, delitos o crímenes en materia penal.)

III. ESTUDIO CLINICO. (Formación de la historia clínica completa del sujeto.)

- a) Arbol genealógico (investigación de los antecedentes familiares: antecesores, colaterales y descendientes; recoger en todos los casos la existencia o no, de enfermos mentales, nerviosos, intoxicados y delincuentes; además de los padecimientos de otra índole, así como las anomalías en el carácter y costumbres).
- b) Antecedentes personales (patológicos y no patológicos, con especial mención de la conducta observada en el medio en que el sujeto ha actuado; enfermedades, hábitos y costumbres en las diferentes edades de su vida: primera y segunda infancia; adolescencia y pubertad; juventud, edad madura y vejez.)
- c) Exploración psíquica. Estudio de todas las funciones mentales: percepciones, atención, memoria, orientación, imaginación, ideación, juicio, razonamiento, personalidad y conciencia, procesos afectivos, como estado de ánimo, humor, emotividad, sentimientos, distimias, manifestaciones de conducta volitiva y automática, sobre todo, la existencia o no de impulsividad. Conviene, en los casos justificados, emplear **test** de exploración sencilla, para precisar el estado de algunas funciones, por ejemplo, la atención, la memoria, la rapidez de asociación, etc.
- d) Exploración orgánica: examen de cada uno de los aparatos y sistemas, sobre todo de los sistemas nervioso y endócrino.
- e) Exámenes de laboratorio: todos aquellos que sean justificados; pero, en lo posible, verificar sistemáticamente el estudio del líquido céfallo-raquídeo.
- f) Exploraciones especiales: en algunos casos, además de someter al enfermo a los estudios señalados, puede ser necesario verificarle pruebas de experimentación e investigación, como, por ejemplo, el estudio de la forma como reacciona a las bebidas alcohólicas; a la observación prolongada en su hogar,

en el hospital o en la prisión; al psicoanálisis, examen que está teniendo, en los últimos tiempos, especial importancia; a pruebas especiales como las de anormales mentales, cuando se trate de oligofrénicos, etc., etc.

Todas estas exploraciones deben ser completas, justificadas y, al exponerlas, sólo enumerarlas sin prejuzgar los datos recogidos.

#### IV. INTERPRETACION DE LOS DATOS OBTENIDOS:

Para que el dictamen tenga un verdadero valor médico, debe ser fundado y para ello habrá de hacerse la valoración e interpretación de los datos recogidos y su adecuada explicación, sobre todo de los que están más en relación con la causa del peritaje. Todas las aclaraciones para la mejor comprensión de este estudio, son pertinentes.

#### V. CONCLUSIONES:

Siendo esta la parte del dictamen que sintetiza todo el estudio y la que sirve principalmente para orientar el fallo del juez, las conclusiones deben ser concisas, sinceras, veraces, imparciales y prudentes.

Este bosquejo general del modo de hacer un dictamen, no siempre es posible llevarlo en todas sus partes, pero sí ha de ser lo más completo, obrando, en todo caso, sin prejuicios, con la más absoluta imparcialidad y haciendo una labor, en cada caso, de verdadero estudio médico y científico.

# Valor e Interpretación del Examen de Líquido Céfalorraquídeo en Psiquiatría y Neurología ---

Por el Dr.

ALBERTO LEZAMA

El examen de líquido céfalorraquídeo es obligatorio en toda afección del neuroeje y forma parte muy importante de todo diagnóstico integral en psiquiatría. Y es que en muchos casos revela datos etiológicos insospechados o ignorados por la anamnesis o por la observación clínica. En otros confirma y asegura el diagnóstico. En la mayoría de los casos es base para orientar el pronóstico. En otros sirve para tomar medidas profilácticas y, finalmente, puede aprovecharse la punción con fines terapéuticos.

Quinke, cuando en 1891 practicó por primera vez la punción lumbar, probablemente nunca se imaginó el amplísimo campo que señalaba a los investigadores que le seguirían. El estudio citológico precisado por Widal, Sicard, Ravaut, ha llegado a comparar a este último, a la punción, como una verdadera biopsia. La interpretación de la albuminorraquia y globulinosis, por Mestrezat, Nissl, Nonne, Pandy, etc., etc., y la introducción del Wassermann por Plautt, Hauptmann y Hoessli, en 1906, con dosis fraccionadas, marcan uno de los escalones más importantes en el estudio del líquido espinal. Y, por último, las reacciones coloidales practicadas por Lange, Guillain, Emmanuel, Thurzo, etc., han definitivamente creado la necesidad de hacer una semeiótica de los diversos elementos del líquido tantas veces citado. Y que por su importancia puede ser el tema de un solo volumen.

Si el examen del líquido céfalorraquídeo es capital en las menin-

gitis purulentas, tuberculosas, etc., tiene una no menor aplicación en la neurosífilis. Y es que este padecimiento, causante de un 40% de las enfermedades nosocomiales, puede quedar ignorado hasta que la punción lo señale. Cuántas veces una parálisis general progresiva incipiente o una tabes insospechada son descubiertas "precozmente" por una punción. Y en estas enfermedades, en que un diagnóstico temprano basta a veces para detenerlas en su desarrollo, vale la pena practicarla sistemáticamente. De ahí que en nuestros medios nosocomiales sea como una rutina practicarla a todo internado.

Por otra parte, la reacción de Wassermann y similares, en la sangre, en muchas formas de neurosífilis es negativa. Y en cambio en el líquido céfalorraquídeo ya es positiva. En otros casos, a pesar de su positividad en la sangre, un examen de líquido completa o asegura el diagnóstico y puede dar un pronóstico más seguro.

De aquí que muchos autores, entre ellos particularmente Ravaut, señalen como una obligación el practicar en todo sífilítico la punción, no antes del 4º año después del accidente primario, y no después del 9º año, a pesar de que no exista una sintomatología clínica que obligue a efectuarla. En el período secundario y terciario de una sífilis no sujeta a tratamiento correcto, existe una linfocitosis raquídea que señala una reacción meníngea pasajera, pero que puede volverse persistente si la lesión progresa en el tejido nervioso noble. Coexiste generalmente un aumento de las albúminas y de las globulinas, y que conforme va progresando la lesión, va volviéndose más y más fuerte, hasta llegar a producir la positividad de las reacciones coloidales más específicas, como el oro, el mastie o el Wassermann.

De aquí que podamos decir con Rodríguez Arias que el porvenir de un sífilítico y la terapéutica de una neurolues constituída, tanto con lesiones parenquimatosas, como intersticiales, depende en el fondo de una punción lumbar practicada a tiempo o sistemáticamente.

Fué sobre todo por la neurosífilis que Nonne insistió en sus "4 reacciones" capitales en el estudio de estas enfermedades: I. La reacción de Wassermann, en la sangre. Cuando es positiva, indica que existe forzosamente la sífilis, sin asegurar, naturalmente, que el padecimiento en estudio sea de ese origen. Cuando es negativa, no niega tampoco definitivamente la etiología luética. Pero tiene un gran valor, por ejemplo, para desechar un diagnóstico de parálisis general progresiva, pues en esta enfermedad el Wassermann sanguíneo es intensamente positivo casi en un 95 ó 96% de los casos. II. En el líquido céfalorraquídeo: La pleo-

citosis, que puede ser desde 20 a 30 células por  $\text{mm}^3$ , como las sífilis cerebrales, gomas o sífilis vásculoconjuntivas, hasta de 100,200 o más leucocitos por  $\text{mm}^3$ , como es sobre todo en la parálisis general progresiva y en las meningomielitis difusas luéticas. III. La globulinosis del mismo líquido, que puede existir junto con la pleocitosis en otras enfermedades, y que por consiguiente no son específicas. IV. El Wassermann en el líquido, que siendo en la parálisis general progresiva positiva desde las dosis mínimas, hasta sólo positiva con las dosis máximas en la tabes o en la sífilis cerebral, completa el cuadro. Al que se le ha añadido desde el año de 1915 la reacción de Lange, llamándosele entonces el estudio de "Las cinco reacciones". Esta última reacción ha producido por su facilidad de precipitación en los tubos de la izquierda y a la derecha en las meningitis purulentas, y en medio en las tuberculosas, una tendencia a la esquematización, llamándose curvas paréticas, tabéticas o de sífilis cerebral, a las que se encuentran en esos casos. Como no es una reacción específica, en la actualidad se le ha reducido a su justo valor, y si antes se asentaba el diagnóstico de parálisis general progresiva solamente con una curva de las llamadas "paréticas", ahora ya sólo el conjunto de los demás datos de laboratorio y clínicos, lo hacen afirmar. Lo mismo puede decirse de las llamadas "curvas tabéticas", mucho menos constantes en dicha enfermedad que en otras, y de las también llamadas de "sífilis cerebral", que pueden aparecer aun en casos de herpes zoster, de gripa, o de otras numerosas reacciones meníngeas y de las otras reacciones coloidales, sobre todo de la del benjuí bicolorido, y de la del mastie bicolorido. Se les describen en las zonas "sifilíticas", precipitaciones intensas, medianas o ligeras, que corresponden respectivamente a las encontradas en la parálisis general progresiva, en la tabes, en la sífilis cerebral, y que de ninguna manera son específicas, aun cuando lo sean más que la pleocitosis o que el aumento de globulinas o de albúmina.

De esto se deduce que en la actualidad deben incluir el estudio de la tensión, de la investigación cualitativa y cuantitativa de la leucocitosis. De la dosificación de las albúminas. De la investigación cualitativa de las globulinas, por lo menos por dos o tres métodos escogidos de los más sensibles y más específicos. Y por la práctica de una o dos reacciones coloidales; pero que por la inseguridad y lo difícil de su técnica, puede ser substituída por las del mastie o del benjuí (especialmente y mejor dicho exclusivamente la técnica de Thurzo). Por el Wassermann gradual. Y cuando sea posible una reacción de precipitación, como la de Müller, de comprobación. Y la dosificación de glucosa y de cloruros.

Si a esto se añade el examen de sangre citológico y sereológico (Wassermann y similares) tendremos los llamados síndromes humorales que forman parte importantísima del estudio clínico de un neurosifilítico.

No nada más en la neurosífilis se puede encontrar gran aplicación a estos datos, sino que, por ejemplo, en la esclerosis en placas, la negatividad absoluta del Wassermann en ambos humores con una globulinosis y positividad intensa de las reacciones coloidales en el líquido céfalo-raquídeo, bastan para completar el diagnóstico y desechar la lues. Por otra parte, siempre se ha tomado la demencia precoz como modelo de enfermedades nerviosas en que el líquido es completamente negativo en todos sus aspectos. En las mielitis por compresión, el síndrome de Froin es ya clásico. Y en los tumores cerebrales el exceso de presión inicial, la mínima presión diferencial junto con ligera albuminosis y la presencia muy rara, pero definitiva, de elementos neoplásicos, forman apoyos clínicos muy interesantes para el diagnóstico final. En las secuelas encefalíticas, una hiperglucorraquia es considerada como un dato más a favor del diagnóstico de esa enfermedad. En numerosos otros casos que nos da diariamente la neuropsiquiatría, siempre proporciona algunos datos de importancia la punción.

Pero en todos estos casos la interpretación de los datos encontrados debe estar sujeta a los datos clínicos, pues ninguno de los exámenes ya citados es por sí mismo prueba de especificidad, por ejemplo, de lues. La misma reacción de Wassermann puede ser positiva (sólo ligeramente y con las dosis máximas) en casos de encefalitis letárgica. La única prueba indudable sería la presencia de treponema, y sólo en muy contados casos de parálisis general progresiva, de verdadera septicemia del treponema pálido, se logra encontrar. Y aun estaría sujeta a discusión, pues en algunos casos de meningitis secundaria, sin lesión nerviosa propiamente dicha, parenquimatosa o intersticial, se han encontrado escasos treponemas.

Para esta interpretación es muy útil recordar algunos datos de fisiología del líquido. El líquido, más que otra cosa una verdadera secreción, nace del plexus coroides y corre después de haber bañado las diversas cavidades cerebrales, así como el canal del epéndimo, hasta los espacios subaracnoideos y finalmente es reabsorbido por las venas del encéfalo, las vainas vasculares de la medula y las vainas neurales cerebrales y raquídeas. De aquí que en todo este recorrido las meninges inflamadas desprenden células que, al llegar al raquis, serán más abundantes que si se buscan en los ventrículos. Igualmente cuanto mayor sea la extensión meníngea irritada, mayor cantidad habrá de productos patológicos, al-



búminas, globulinas, y sobre todo de rearginas que produzcan la positividad de las reacciones coloidales, particularmente del Wassermann y similares.

De aquí que, por ejemplo, en la parálisis general progresiva, en la tabes al principiar (no en la fase cicatricial, en que ya no existe reacción meníngea), en la meningomielitis difusa, en la taboparálisis, en que las lesiones parenquimatosas son tan extensas, en que las meninges que las cubren se encuentran tan inflamadas, existan las reacciones más fuertemente positivas. Y que en la sífilis cerebral, en las gomas, en que las lesiones son más circunscritas, las reacciones sean, por consiguiente, más débiles. De aquí también, por ejemplo, que cuando sólo existen pequeñas lesiones parenquimatosas, que principian, que se localizan a determinados territorios, el Wassermann en la sangre sea negativo, pues la cantidad de rearginas que vuelve a la circulación es casi nula, y en cambio, en el lugar de producción se vacían al líquido y pueden dar una reacción más o menos positiva. De aquí también que ciertas sífilis cerebrales, vasculares, vásculoconjuntivas, sin reacción meníngea concomitante, den más fácilmente una reacción positiva en la sangre que en el líquido.

Por otra parte, si existen obstáculos a la circulación de vuelta, y las meninges inflamadas dejan pasar el suero de los capilares, la fibrina, entonces se producen síndromes como el de Froin. Y si recordamos que los plexus coroides, aun cuando su función frente al líquido no está perfectamente definida, no dejan pasar todas las sustancias de la sangre, mucho menos algunos medicamentos, veremos por qué, v. gr., en el período secundario en que el Wassermann es fuertemente positivo en la sangre, no lo es en el líquido aún. Sintetizando: el examen de líquido tiene un gran valor diagnóstico, pronóstico, terapéutico y profiláctico. Y por más que se haga en la forma más completa posible, debe ser co-tejado con los datos clínicos, con el cuadro patológico global y ser valorado como todos los exámenes, única y exclusivamente por la clínica. Por tanto, como dice Rodríguez Arias, se expondrá a fracasar quien quiera encontrar directivas absolutas, datos patognomónicos, en el líquido, pues todo tiene un valor relativo. Y que por supuesto quienes se sientan clínicos a ultranza y miren con desprecio las reacciones humorales, se expondrán a los mismos errores y fracasos, o posiblemente mayores que los que esperan todo de un análisis indicado de "bulto".

# La Sinestesia Entre los Indios

Por el Dr. SANTIAGO RAMIREZ

A noir, E blanc, I rouge, U vert, O bleu voyelles  
Je dirai quelque jour vos naissances latentes.  
A, noir corset velu de mouches éclatantes  
Qui bourbillent a tour des panteurs cruelles,

Golfes d'ombre E, candeur des vapeurs et des tentes,  
Lames des glaciers fiers, rois blancs, friissons d'ombrelles.  
I, pourpre, sang craché, rire des lèvres belles  
Dans la colère ou les ivresses pénitentes.

U, cycles, vibrations divins des mers virides  
Paix des pâtis semés d'animaux, paix des rides  
Que l'alchimie imprime aux grands fronts étudieux.

O, supreme clairon plein de strideurs étranges,  
Silences traversés des mondes et des anges  
O, l'omega, bayon violet de sea yeux.

A. RIMBAUD.

Fué una verdadera casualidad el haber descubierto entre indígenas adultos, haciendo estudios de psicología patológica india, el fenómeno conocido con el nombre de sinestesia. Creo que nadie se ha ocupado en este estudio, no digo entre los indios sino tampoco entre blancos o mestizos, en México.

El fenómeno es curioso y abre campo grande a posteriores estudios psicológicos en la raza indígena. Desde luego hay que hacer notar que la sinestesia es rara en individuos adultos, que lo es menos en los niños y que los estudios que sobre ella se han hecho han sido en personas de raza blanca.

Ante todo, precisa definir y explicar algo sobre el fenómeno denominado sinestesia y las teorías y clasificaciones que sobre ella se han edificado.

Con la denominación de SINESTESIA, se agrupan los fenómenos de asociación entre varias sensaciones de distinta naturaleza, de las cuales solamente una presenta el carácter de objetiva. Este fenómeno es un caso particular de asociación involuntaria de imágenes, en virtud de la cual se vinculan sensaciones de otro sentido que generalmente no presenta ninguna afinidad aparente con la percepción primaria.

Las sinestесias más frecuentemente encontradas son las de audición coloreada. Yo he encontrado, a más de ésta, la de siluetas geométricas simétricas, siempre las mismas, y presentadas, sin excepción, siempre que la sensación objetiva-auditiva ha llegado al oído.

Las hipótesis de las sinestесias han sido cuatro, a saber: la ontogénica, completamente inaceptable y que sólo a título de ser completo menciono; la fisiológica, la anatómica y la psicológica. En esta última, se hace intervenir el factor emotivo, lo que no es del todo exacto, pues en las observaciones mías, este factor solamente se encontró en un caso.

De las múltiples clasificaciones que se han dado, creo que la que mejor cuadra a los casos por mí estudiados, es la de Laures, que las divide así:

Primero. Audición coloreada simple y sinestesia del mismo tipo.

Segundo. Sinestesia emocional.

Dos caracteres deben dominar o encontrarse siempre presentes en el fenómeno que me ocupa: **la espontaneidad y la persistencia.**

La explicación o el mecanismo que de ellas me he formado, se orienta en todo con la hipótesis psicológica: un sonido, una percepción visual continuamente repetidos (**en épocas de almacenamiento psíquico, sobre todo**) y seguidos de un "feeling" (**casi siempre**) subconsciente, a la larga llegan a formar el primero y el último eslabón de una cadena que, al presentarse objetivamente el primero, hace surgir subjetivamente al segundo.

Un ejemplo, tomado de un joven estudiante de medicina discípulo mío, muy culto, aclarará suficientemente lo asentado antes.

Cada vez que escucha una tos un poco persistente, y más si es acompañada de franca expectoración, en su mente aparece nítido, claro, diáfano, **espontáneo y persistente**, el color VERDE y hasta parece que las hojas de su libro de estudio toman un tinte suavemente verde.

Profundizando por vía un poco psicoanalítica en el origen de esta sinestesia, creí encontrar la causa y es la siguiente: Cuando era muy niño este estudiante (hoy médico) habitó en una casa de dos departamentos. En esta casa vivió por muchos años. Por las noches, a diario, a eso de las nueve, llegaba el vecino suyo, un hombre ya muy entrado en años, perfectamente enfisematoso, bronquítico y, según decía en esa remota época la madre de nuestro estudiante, un "vejete alegre". Al llegar a sus habitaciones, siempre se oía el toser del viejo y aun después de franqueada la puerta, la tos continuaba. El comentario eterno que oía el niño era éste: "Ya llegó el viejo verde".

Pasados los años, al oír toser, se representaba el color verde. Aquí la sinestesia fué de audición coloreada simple.

La segunda parte es, con mucho, más interesante que la primera, por el carácter profundamente emocional y subconsciente del fenómeno narrado por este joven, y a ratos pienso que hasta exista un complejo de Edipo. Consiste en esto: en el momento del orgasmo venéreo, una noche, miró la luz de la recámara de un color verde intenso. El fenómeno se repite aun cuando la eyaculación sea en plena oscuridad y con espontaneidad y persistencia notables.

La asociación subconsciente de esta segunda hermosísima sinestesia, es así, según creo yo, la de complejo de Edipo, es más Freudiana; pero menos clara.

Al viejo verde le llamaban así por ser muy enamorado, por frecuentar mujeres (explicación encontrada no en la infancia, sino más tarde); al individuo que está con una mujer, se le puede llamar "individuo verde". Cuando yo estoy aquí, me parezco al viejo que tosía. Esta creencia se aumentó cuando vino una bronquitis a nuestro estudiante y tuvo persistente tos. El orgasmo venéreo, con su emoción intensa, provocaba y provoca (ya casado, sigue con la sinestesia) la subjetividad de lo verde.

Aquí la sinestesia es emocional.

El complejo de Edipo ha pasado a veces por mi mente, pero por ser demasiado largo exponerlo y por ser, además, fuertemente crudo, lo dejo en el tintero.

Hecha esta explicación de la patogenia o del mecanismo de la sinestesia en general, paso a relatar las observaciones hechas en indígenas y desearía que José Manuel Puig Casauranc pasara sus ojos por estas líneas, pues estos estudios fueron hechos cuando fuí antropólogo de la "Casa del indio".

**Observación primera.**—El primer caso observado por mí en un indio nahoa de 30 años, vigoroso, delgado, de inteligencia despierta, fué casual.

Al oír tocar el violín a una murga en la villa de Guadalupe, dijo: "¡qué amarillo toca!" Me llamó profundamente la atención esta frase y traté de inquirir lo más posible sobre el particular.

Siempre que escucha el violín, sobre todo en sus notas agudas y en andante, se le figura mirar todo amarillo, amarillo color de flor de calabaza, amarillo como el pico de un pato, amarillo como el gigantón (comparaciones suyas). Si la nota es grave, y si es scherzo, no se presenta la sinestesia.

Por más y más que investigué, no me fué posible descubrir el origen de este fenómeno.

**Observación segunda.**—Ya sobre la pista de estos hechos, me dediqué a investigar el fenómeno y la labor fué ardua, pero rica en resultados.

Indio, probablemente nahoa también, de 18 años; cada vez que escucha la palabra "Papa", se le figura ver una gran nube blanca, o un cisne blanco, o una cortina muy grande blanca, o humo blanco, blanquísimo, que sale por una chimenea blanca. Si escucha el nombre de algún Papa, no le produce ninguna sinestesia. La palabra Sumo Pontífice también acarrea el fenómeno. La vista de una fotografía de un Papa tampoco trae sinestesia.

¿Cómo, cuándo se presentó el fenómeno por vez primera? Hurgando lo indecible sobre el pasado del indio, me refirió que había servido como mocito en una casa sumamente mística. Ahí murió uno de los miembros de la familia, se le amortajó y sobre el pecho se le colocó una estampa de esas que se venden con la bendición papal. Al indio le dijeron que ese retrato era del Papa, sin especificar el nombre de este señor y la emoción de ver un muerto con su mortaja completamente blanca y el retrato de un Papa encima, trajo una sinestesia emocional viva.

Esta es la explicación que me doy, más plausible, del fenómeno observado.

Lo curioso es que la sinestesia no fuera de alguna figura semejante a un amortajado, sino de lo colorido, de lo blanco. La sinestesia contraria no se presenta, es decir, cuando mira algo blanco (los volcanes, un vestido blanco, una nube blanca, etcétera.)

**Observación tercera.**—Este indio oaxaqueño, después de la observación presentó un cuadro de esquizofrenia y fué mandado a su pueblo.

La sinestesia en él no era de lo colorido, sino de figuras geométricas siempre las mismas, pero intensamente negras.

Cada vez que llovía se le presentaba una figura circular con un triángulo inscrito en ella. La figura siempre es grande, inmóvil y a pesar de frotarse los ojos para hacerla desaparecer, no lo logra. Una noche, estando en su choza, se desencadenó una fuerte tempestad y la figura se presentó con pasmosa claridad y duró varias horas.

**Observación cuarta.**—Un indio tarasco, de Erongarícuaro, de 35 años, cada vez que se baña (y se baña bien poco) mira revolotear un ave negra, negrísima, en un cielo intensamente azul. El ave es majestuosa en su vuelo, describe hermosas curvas con las alas inmóviles, y una vez en que se le suplicó se bañara y procurara borrar las imágenes, no fué posible y siempre el ave negra y el cielo azul se presentaban.

En este caso y en el anterior la génesis de las sinestesias fué imposible de descubrir.

Vivamente desearía que estas líneas sirvieran a los estudiosos para proseguir esta clase de investigaciones hermosísimas.

# PRODUCTOS RICHTER

GEDEON RICHTER, S. A. - BUDAPEST (HUNGRIA)



En las

## PSICOSIS - NEUROSIS

y demás afecciones mentales de carácter esquizoide

Por HIPOFUNCION Ovárica, o HIPOFUNCION Testicular

Prominentes psiquiatras del extranjero  
y del Manicomio de esta capital  
recomiendan

### ROBOROGLANDUOVINA "Richter"

No. Reg. 1806 D. S. P.

### y ROBOROTESTICULO "Richter"

No. Reg. 2159 D. S. P.

Por su alta concentración combinada  
con un tratamiento TONIFICANTE

2 gramos de extr. ovárico  
con dosis progresivas y  
retrogradadas de

2 gramos de extr. testicular  
con dosis progresivas y  
retrogradadas de

Cacodilato de Sodio  
de 0.1 gr. hasta 0.2 gr.

y  
de 0.2 gr. a 0.1 gr.

Muestras y Literatura están a la disposición de los  
señores médicos en la

Distribuidora de Productos "Richter", S. A.

VENUSTIANO CARRANZA, 94 MEXICO, D. F.

# NOTAS SINTETICAS

Por el Dr.

JUAN PEON DEL VALLE

## INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LA EUFRENIA Y LA HIGIENE MENTAL DEL NIÑO

Diez conferencias que constituyen un curso sobre ese tema, fueron organizadas por el doctor Mirandolino Caldas, de la Asistencia de Psicópatas, como colaboración a los cursos de extensión universitaria de Río de Janeiro. Temas: I. La Eufrenia. Su individualización científica. Su objeto. Su posición ante la Higiene Mental. Sus relaciones con la Eugenesia, la Biotipología, la Psicología, etc. División de la Eufrenia.—II. El primer gran problema de la Eufrenia: el estudio del psiquismo normal (eupsiquis). El concepto de psiquismo. El concepto de personalidad. El concepto de carácter. Temperamentos y constituciones psicológicas.—III. Sistema nervioso de relación; su evolución ontogénica. Sistema nervioso de la vida vegetativa. Glándulas endócrinas. Hormonas. Relaciones del sistema nervioso central con el sistema neurovegetativo. Influencia mutua de un sistema sobre otro. Sinergia funcional neuroendócrina. Importancia del conocimiento de esta sinergia para el estudio de la Eufrenia.—IV. Evolución ontogénica del psiquismo normal. Fase paleoneocéfálica o precórticoactiva (vida vegetativa, psiquismo afectivo, personalidad inconsciente). Fase de transición o paleoneocéfálica. Fase neocéfálica o córticoactiva (vida de relación, psiquismo asociativo intelectual, personalidad consciente). Desenvolvimiento psíquico normal del niño de 0 a 3 años.—V. Desenvolvimiento psíquico normal del niño de 3 años hasta la pubertad.—VI. El segundo gran problema de la Eufrenia: la formación del psiquismo normal. Las dos fases de actuación: fase genotípica (heredológica) y fase fenotípica (mesológica). Las clínicas y los centros de Eufrenia como organismos necesarios para la consumación integral de los objetivos eufrénicos.—VII. Cómo orientar el desenvolvimiento del psiquismo normal de los niños. Educación eufrénica en la primera y segunda infancia: estabilización de las emociones. Educación biológica de los instintos. Formación de los buenos hábitos.—VIII. Los psiquismos anormales: objeto del estudio de la Ortofrenia. Anormales del tipo intelectual, del tipo afectivo y del tipo mixto. Cómo educar, corregir y readaptar a los anormales del tipo intelectual.—IX. Cómo educar, corregir y readaptar a los anormales del tipo afectivo y del tipo mixto.—X. La Higiene Mental y su actuación en los niños eufrenizados u ortofrenizados. ("Archivos Brasileiros de Hygiene Mental", Anno VII, Num. 1, Janeiro - Março de 1934.) Sabemos que la Liga Peruana de Higiene

Mental y la Sociedad Portuguesa de Estudios Eugénicos proyectan trabajos semejantes.

### EL LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO XANTOCROMICO EN PSIQUIATRIA

La xantocromia del líquido céfalorraquídeo es rara en Psiquiatría. Es así que A. Courtois y André ("Ann. Méd. Psychol", abril de 1934) tan sólo han podido recoger sesenta observaciones en un total de 10,000 líquidos, en un servicio en el que abundan los enfermos con procesos agudos afectos de lesiones cerebrales graves. Si la xantocromia en el L. C. R. puede ser un síntoma trivial y pasajero, después de un traumatismo craneal, por ejemplo, puede también ser debida a una afección cerebral sumamente grave, rápidamente mortal (meningitis aguda, encefalitis hemorrágica, tumor cerebral). "Clínica y Laboratorio", Año XIII, N° 6, junio de 1934.

### LA ENFERMEDAD DE NIETZSCHE

El interesante estudio que publica Kehl en "Arch. Bras. de Hygiene Mental", loc. cit., sobre la enfermedad de Federico Nietzsche, tiende a demostrar que el autor de "Más Allá del Bien y del Mal" no padeció parálisis general progresiva. Lo llama supranormal, no se compromete a hacerle diagnóstico retrospectivo, y le encuentra las siguientes características mentales y morales: espíritu libre "a outrance". Crítico acerbo del formalismo. Adversario flagelador de la mentira y de la hipocresía. Profeta de la sinceridad. Apologista de la alegría, contrario, por tanto, al pesimismo; decía: "Hombres superiores, aprended a reír." Creador del perspectivismo. Apologista de las cuatro virtudes: bravura en relación con los enemigos, generosidad para con los vencidos, lealtad para consigo mismo, cortesía para con todos. Por lo demás, es razonable opinar, con el doctor Renato Kehl, que la muerte de Nietzsche, en estado confusional, no fué precedida de la decadencia mental del demente durante el tiempo que duró enfermo.

### ALGUNOS TRABAJOS DEL PROFESOR AUSTREGESILO

Acostumbrados a beber sobre todo en las fuentes francesas, secundariamente en las alemanas, inglesas, norteamericanas, italianas, españolas, suizas y belgas, y excepcionalmente en las demás, nuestra cultura médica parece ignorar los trabajos realizados en la América del Sur. Cuando el doctor Juan Peón del Valle, padre, asistió como delegado al IV Congreso Médico Latinoamericano celebrado en Río de Janeiro en 1909, si pudo comprobar que había en México cirujanos tan buenos como los que conoció en Europa, en cambio, no había un manicomio digno, ni médicos que, fuera del aludido, se dedicaran con cariño y talento a la Neurología y la Psiquiatría. Grande fué, pues, su placer, al encontrar en Brasil frenocomios superiores en algunos aspectos a los que visitó en Francia, España y Portugal, y, sobre todo, al conocer al doctor Austregesilo, padre, y a varios otros especialistas de empuje y

# YODO



INSOLUBLE - ORGANICO - ASIMILABLE - SIN YODISMO

# SEIGIA

5 GOTAS  
equivalen a  
1 CENTÍGRAMO  
de YODO

REG. N° 2987  
D. S. F.

## GOTAS

### LABORATORIOS HIGIA, S.A.

AV. LA PAZ 6711  
MEXICO 67



fama, como el profesor Afranio Peixoto. El doctor Austregesilo dedicó un retrato suyo al doctor Peón del Valle, retrato que, permaneciendo por herencia en mi consultorio desde hace años, parece un índice que señala y obliga a no perder de vista los trabajos que tan eminente médico realiza en el sur.

Han trascendido al extranjero, pero son poco conocidos todavía en México, algunos de los que voy a citar brevemente. El Sanatorio Botafogo, el Servicio Clínico del Profesor Austregesilo, diariamente han obtenido los frutos del incansable hombre de estudio y erudito maestro; en la imposibilidad de enumerar todo lo que se ha hecho allí, mencionaré algunas de sus obras recientes: "La distonía de torsión", en colaboración con Marques. "Obesidad y Centros Nerviosos", donde el autor concluye que "el sistema nervioso preside, sobre todo en el tuber, el automatismo de la vida vegetativa. La independencia del sistema vegetativo es aparente; el metabolismo es guiado por el diencéfalo. La obesidad es consecuencia directa o indirecta de alteraciones dinámicas u orgánicas de los centros diencefálicos, por medio de los sistemas vegetativo y endócrino".

**Su obra en Neuropatología.** El concepto de un grupo de padecimientos bajo el nombre de **serie wilsoniana**, merece ser adoptado definitivamente en Neurología; los tres casos que cita la doctora Nise Da Silveira, del Servicio Clínico del profesor Austregesilo, son evidentes pruebas en pro de esa denominación. Esos casos no son raros; son frecuentes; he hecho observaciones análogas en dos enfermos del Hospital Béistegui, uno de la Clínica Ramírez Moreno y tres de mi clientela particular y podrían citarse muchos casos por otros especialistas. Es hora, por tanto, de agrupar a todos esos enfermos dentro de la **serie wilsoniana** del profesor Austregesilo, publicar sus historias y tender a una clasificación racional de las diversas formas clínicas. Esta concepción de **Austregesilo** es nueva, distinta y debe ser adoptada como consecuencia de trabajos que la han venido madurando y dejando entrever: **Calligaris** ya había concebido un grupo Wilson-pseudoesclerosis; **Kroll** encuentra un síndrome de Wilson en la encefalitis epidémica; **Jakob, Spielmeyer** y otros, relatan casos parecidos. Por eso, habiendo formas de transición desde el punto de vista clínico y anatomopatológico entre el espasmo de torsión, la atetosis bilateral, la pseudoesclerosis, la enfermedad de Wilson y el parkinsonismo, **Austregesilo** creó—nos dice Da Silveira—la expresión **serie wilsoniana** para casos como los señalados, de cuadros extrapiramidales en los que no se presenta completo el síndrome de Wilson, casos atípicos, que antes no podían englobarse bajo ningún rótulo y sobre los cuales no se tenía un criterio definido.

Merece citarse también el trabajo "Neuromielosis beribéricas"; como dice **Borges Fortes**, el "leitmotiv" de esa publicación es un nuevo concepto de los desórdenes nerviosos del beri-beri, enteramente original del autor, esto es, una concepción doctrinaria de las neuromielosis.

Finalmente, lo más significativo de la obra del profesor Austregesilo, es su constante tendencia a no desdeñar, en los procesos patológicos

del sistema nervioso, el punto de vista orgánico. Así es como debe concebirse al verdadero neuropsiquiatra.

### LA ANISOCORIA EN LAS INFLAMACIONES DE LA CAJA DEL TIMPANO

Entre las muy numerosas causas de anisocoria, debemos incluir, dice **Stella** ("Annales d'otolaryngologie", dic. de 1933), la que acompaña las lesiones de la caja del tímpano. Antes de admitir esta etiología, deberemos, como es natural, eliminar las otras causas de origen central o periférico. Entre los que han hablado de esta variedad, el autor cita a **Kovsi**, quien no la ha encontrado nunca en las inflamaciones agudas o crónicas en evolución, sino tan sólo en enfermos con una destrucción ya total, ya central, del tímpano, por un proceso curado en el momento del examen. Por otra parte, **Spiegel** menciona veinticinco casos, veintitrés con miosis y dos con midriasis del lado lesionado.

Por su parte, **Stella** refiere tres casos con miosis en el lado del oído lesionado. Intenta después dar una explicación de esta desigualdad pupilar, apoyándose sobre todo en los trabajos de los fisiólogos. Se inclina hacia la opinión de **Korosi**, a saber, que la anisocoria que acompaña a las lesiones de la caja es debida a una lesión del simpático en el oído medio. La midriasis sería producida por una lesión irritativa del simpático, y la miosis por una destrucción de las fibras del simpático al nivel del promontorio. El hecho de tratarse siempre de lesiones antiguas, curadas, esclerosadas, parece confirmar que las fibras del simpático han quedado comprimidas por este tejido fibroso. ("Le Monde Médical".)

### LA MAS RELEVANTE DE LAS OBRAS MEDICOSOCIALES EN BRASIL

Es indispensable que hagamos en México una campaña pro Higiene Mental semejante a la desarrollada por la Liga Brasileña de Higiene Mental. Después de leer el folleto de propaganda en que se informa lo que ha hecho esta institución, no resisto a transcribir la parte final, que comprende las aspiraciones de la Liga: servicio especial de asistencia a los vagabundos, como existe, por ejemplo, en Bruselas. Reformatorios para etilistas, como existen, por ejemplo, en Alemania y en Chile. Servicio ambulante para exámenes periódicos de los libertados condicionales. Laboratorio biopsicológico de pesquisas sobre cuestiones de interés para la higiene mental, como existe, por ejemplo, en París. Estudio de los inmigrantes bajo su aspecto psicológico. Servicios especializados de psicoterapia reeducativa para personas con tendencias al suicidio. Organizaciones para fichamiento psicogenealógico de las familias. Clínicas de psicoanálisis infantil (pedanálisis), que ya existen en Austria y en Suiza. Casas de trabajo para enfermos mentales convalecientes, como existen, por ejemplo, en Italia. Puestos de examen médico y reposo, en las grandes ciudades, para las personas que se sienten muy fatigadas durante el trabajo—conforme la proposición del profe-

sor **Sommer**, presidente de la Liga Alemana de Higiene Psíquica—. Centros de investigaciones sobre las causas de la delincuencia juvenil, para su prevención, como ya existen en los Estados Unidos. Institutos de orientación y selección profesionales, como ya existen en Lisboa, Barcelona y en varias otras metrópolis europeas y americanas. Estas aspiraciones se realizarán, porque lo que ya ha hecho la Liga Brasileira de Higiene Mental permite esperarlo. También la labor de la Liga Argentina de Higiene Mental durante 1933, merece un aplauso. El Consejo de Defensa y Prevención Social de México tiene la palabra ahora.

## LOS ESCOLARES Y LA BIOTIPOLOGIA

**Laugier, Toulouse y Weinberg** han querido establecer la ficha biotipológica de cada sujeto, multiplicando las investigaciones en todos sentidos. Estas ideas las han aplicado a un cierto número de niños (127) escogidos entre los escolares de la ciudad de París, de 10 años y medio aproximadamente, habiéndolos sometido a una serie de exámenes, de los que esperaban obtener resultados completos.

Es indudable que la encuesta que han efectuado comprende una zona muy extensa, que va desde la antropometría hasta la psiquiatría, pasando por la fisiología, medicina general y la psicología. No titubeo en afirmar lo difícil, por no decir imposible, que es apreciar el valor real de sus investigaciones por la simple lectura de la breve nota que en su nombre ha sido presentada a la Academia de Ciencias...

Los 127 alumnos en cuestión han sido distribuidos en tres grupos: buenos, medianos y malos; inútil decir que desde el punto de vista exclusivamente escolar, o sea según las notas obtenidas en la clase. Los medianos lo son en todo, lo mismo desde el punto de vista físico que del psíquico y hasta diré del moral. La curva que figura en el gráfico, concreta sus cualidades, viéndose que apenas si se separa de la horizontal. Son, además, los más numerosos, puesto que representan el 50% de este contingente. Los dos restantes grupos, que comprenden cada uno el 25% del conjunto, acusan curvas que, por lo contrario, van de un lado a otro de la línea media y en direcciones completamente opuestas. Es de esta particularidad que los autores de este trabajo han deducido un cierto número de conclusiones, de las que las tres principales son las siguientes: 1ª Los mejores alumnos figuran entre los más jóvenes, los malos entre los de edad más avanzada. 2ª En la parte física del perfil (antropometría, fisiología, medicina), los mejores alumnos son casi siempre inferiores, los malos superiores a la media del conjunto. 3ª Esta inferioridad física de los buenos alumnos está en oposición con su indudable superioridad por lo que se refiere a la parte psicológica del perfil.

No sé si voy equivocado, pero creo que en estas conclusiones hay cosas que habrían podido adivinarse sin necesidad de tan laboriosas investigaciones, o, por lo menos, pueden explicarse por el simple raciocinio y el sentido común. Es probable que, si los malos alumnos son los de edad más avanzada, es precisamente porque sus cualidades psíquicas se han desarrollado menos rápidamente y los han dejado rezagados. Los

buenos alumnos lo serían precisamente porque en ellos estas mismas facultades se han manifestado más precozmente; es por esto que están adelantados, y son, por consiguiente, más jóvenes...

Sería decepcionante sacar de aquí que, si queremos encontrar un individuo excepcional, deberemos buscarlo entre los más débiles, y de un modo especial, según encuentro en la gráfica, entre los insuficientes del aparato digestivo y respiratorio. Siguiendo este raciocinio, llegaríamos a considerar que un niño robusto es incapaz de un rendimiento intelectual satisfactorio, y que es entre los enfermizos, los débiles físicos, aquellos que no hacen ejercicio y que no se desarrollan, donde encontramos la "élite". Sería ello la condenación anticipada no solamente del ejercicio físico, incorporado desde hace poco en la educación y, por cierto, desviado de su prístina pureza, sino, para llegar hasta el final, de toda eugénica razonable, proponiéndose ésta, salvo error por mi parte, obtener niños robustos.

Afortunadamente para aquellos que desearían raciocinar de esta manera y atenerse al rigor de conclusiones al parecer completamente naturales, hay en estas investigaciones un elemento que creo poco sólido, y es la cualidad de alumno bueno o malo... (Enrique **Bouquet**. Extracto. "Le Monde Médical".)

Cuando el profesor **Langier** estuvo entre nosotros y asistí a sus conferencias, quedé tan escéptico como antes acerca de la biotipología, sobre todo en lo referente a psicometría, que siempre me ha parecido más ilusoria que práctica. Por eso me complace la opinión de **Bouquet**. En cambio, la fisiología experimental del sistema nervioso y del endocríniano, por ejemplo, de que nos hablaron el profesor **Langier** y el doctor **Gran San Martín**, dejan satisfacción, porque cumplen los postulados científicos y prestan servicios prácticos.

### ORIENTACION PROFESIONAL EN LOS NIÑOS DELINCUENTES Y ABANDONADOS

Después de disertar acerca de la importancia fundamental de una acertada orientación, el doctor **Carlos Jesinghaus** llega a la siguiente conclusión: "Considerando: 1º Que los buenos efectos del trabajo como medio de educación en los menores sólo se hacen sentir, si hay adaptación perfecta entre el oficio y el aprendiz; 2º Que el examen de las aptitudes profesionales (examen médico y psicotécnico) es un método bastante seguro para establecer previamente la idoneidad personal para un determinado oficio, resulta conveniente con el fin de asegurar la educación profesional y moral en los Internados de Menores, la implantación sistemática de la orientación profesional."

Más adelante señala la función social del servicio de orientación profesional, enumerando las ventajas en lo referente a la salud pública, a la organización económica y desde el punto de vista éticosocial. ("Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal". Buenos Aires. Año XXI, N° 121. Enero-febrero de 1934.)

He ahí una aplicación práctica y útil de la psicotenia, porque es una aplicación circunscrita y racional. No hay que servirse de las ramas de la ciencia como si fueran cada una una panacea. Cada una sirve para algo, y hay que circunscribirlas a ese algo.

### OBRAS RECIENTES

“Sobre la Esclerosis en Placas”, por J. Geraud, París. Tesis, 1933.  
—“Psicosis Postmaliarioterápicas”, por Gildo Netto, tesis de docencia de la Facultad de Recife, 1933.—“Atlas Elemental de Histología Patológica”, por Helion Povoá, Río de Janeiro, 1934.—“La Sífilis del Cerebelo y de las Conexiones Cerebelosas”, por J. Thiers, París, 1934.—“Semiología del Sueño”, por Augusto Tournay, París, 1934.—Por último, hay que hacer mención especial de la obra “Finalismo o Determinismo”, por el P. Martínez del Campo, S. J. México, 1934.

Los doctores **Borges Fortes**, **Austregesilo**, hijo, y **Mario Vianna**, en “Arch. Bras. de Neuriatria e Psiquiatria”, Año XII, N° 2, marzo-abril de 1934, comentan los siguientes trabajos: “Parálisis Bulbar Progresiva”, de M. Helfang (“The Journal of Nerv. and Mental Disease”, oct. 1933, Nueva York); “Tratamiento de la Corea Aguda por el Salicilato de Sodio Endovenoso”, del doctor James Ferras Alvin (Sección de Neuropsiquiatria de la A. P. M., 5 de febrero de 1934); “Estado Mental de los Tuberculosos”, de F. Sa’Pires (“Arch. da Asistencia Hospitalar do Estado de Minas”. N° 2, enero de 1934).

### SOCIEDAD MEXICANA DE EUGENESIA

En la “Semana de Estudios de Eugenesia” del Ateneo, el doctor Adrián Correa leyó un informe sobre la labor realizada desde 1931 hasta 1934, el jueves 23 de agosto. En los otros días, los conferencistas trataron temas como los siguientes: doctor Fernando Ocaranza, “Eugenesia y Endocrinia”; doctor Ernesto Frenck, “La Esterilización bajo el punto de vista Eugenéxico”; doctor Eliseo Ramírez, “Senectud y Muerte”; doctor Ignacio Millán, “Clínicas del Control de la Natalidad”; doctor Gerardo Varela, “La Medicina entre nuestros Aborígenes”; doctor Rafael Carrillo, “La Población Mexicana y la Eugenesia”; doctor A. Vergara, “El Control de la Natalidad”.

### AGRADECIMIENTO

Queremos manifestar un sincero agradecimiento para todas las personas que nos han escrito felicitándonos por nuestra Revista y expresando conceptos elogiosos que, aunque inmerecidos, nos llenan de satisfacción y son un estímulo para nuestra labor. Eminentes médicos extranjeros, especialmente europeos y suramericanos, así como cultos diplomáticos y distinguidos abogados mexicanos, se han dirigido a nosotros para desearnos éxito, para solicitar subscripciones, para establecer canje o para ofrecer valiosa colaboración.

## NOMBRAMIENTOS

Con unánime aplauso fué recibida la designación del maestro don **Fernando Ocaranza**, quien vuelve a encargarse de la Dirección de nuestra Facultad Nacional de Medicina. Porque sabemos el cariño que tiene a la escuela, felicitamos al doctor Ocaranza, pero también felicitamos a los estudiantes de medicina por volver a tener al frente de su casa de estudios al médico eminente, gran catedrático de fisiología y de clínica, entusiasta y sabio historiador e insigne biólogo. El momento en que el maestro Ocaranza se ha hecho cargo de la Dirección de la Facultad de Medicina es de trascendencia tal, que el nombramiento no podía haber sido más atinado, más oportuno ni más lógico.

Mucho agrado ha causado también la ratificación del distinguido psicólogo y erudito académico señor doctor don **Enrique O. Aragón**, como director de la Facultad de Filosofía y Letras de nuestra Universidad Nacional Autónoma.

## REGRESO

Nuevamente se encuentra entre nosotros el doctor **Francisco Núñez Chávez**, especialista en enfermedades mentales y ex jefe de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de México, quien permaneció un tiempo en el extranjero desempeñando una comisión diplomática y que visitó algunos hospitales y clínicas de Europa y Estados Unidos. Esperamos que el fruto de sus observaciones encuentre aplicación en nuestro medio.

# 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.

## Publicaciones Recibidas —

- “Sexología Forense”, por el doctor Afranio Peixoto, profesor de Medicina Legal en la Facultad de Derecho de la Universidad de Río Janeiro. 1934.—Con afectuosa dedicatoria para nuestro prestigiado médico legista e ilustre maestro, doctor don José Torres Torija, hemos recibido la importante obra del notable psiquiatra brasileño. La autorizada opinión del autor, con su estilo correctísimo y ameno, se expone brillantemente en las páginas del libro. Es una valiosa contribución a los interesantes estudios que sobre eugenesia se necesitan en esta época; es una obra que se comenta por sí sola, es obra maestra de temas medicolegales, y, finalmente, es, sobre todo, obra de orientación médicosocial y de higiene mental.
- “Panamá y su Legislación Social”, por el doctor José Guillermo Lewis, con prólogo del doctor G. Marañón. Madrid, 1932.—Desde Washington y con una cordial dedicatoria para nuestro joven neuropsiquiatra y entusiasta hispanoamericanista, doctor Juan Peón del Valle, ha llegado esta obra del doctor Lewis, útil por sus acertados comentarios de medicina social, digna por sus sentimientos de solidaridad americana y práctica por sus puntos de vista sanitarios e higiénicos.
- “Homenaje del Panamericanismo Médico a la Memoria del doctor Luis Razetti”. Recopilación de las notas de adhesión de los países de América. Caracas, 1934.—Bibliografía y carrera profesional del doctor Razetti, gloria de la medicina social contemporánea. Con motivo del Quinto Congreso Médico Panamericano, durante los días que estuvo reunido en Venezuela, cuna del sabio extinto.
- “Gazzetta Sanitaria”, Milán, Italia. Año VII, núms. 6 y 7, junio y julio de 1934.—Los artículos más destacados, son: “Esterilidad e infertilidad del matrimonio”, por el profesor Bolaffio; “Lo maravilloso de la Neurología”, comentarios de Vedrani acerca de los más notables sucesos de neurocirugía en Alemania, Italia e Inglaterra; “El medicamento de base de la epilepsia” (ácido feniletilbarbitúrico).
- “Bulletin de l'Association pour le Développement des Relations Médicales entre la France et les Pays Etrangers”. París, abril, 1934.
- “Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana”. Año 13, núms. 7 y 8, julio y agosto, 1934. Washington, E. U. A.
- “The Modern Psychologist”. Vol. IV, núms. I y II. Junio y julio, 1934. Nueva York, E. U. A.
- “Arquivos Brasileiros de Neuratria e Psiquiatria”. Director, professor

- doctor A. Austregesilo. Año XVII, núms. 2 y 3, marzo-abril y mayo-junio, 1934. Río de Janeiro, Brasil.
- "Archivos Brasileiros de Hygiene Mental". Doctor Ernani Lopes. Año VII, núm. 1, enero-marzo, 1934. Río Janeiro, Brasil.
- "Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal". Director, doctor Osvaldo Loudet. Año XXI, N° 121, enero-febrero, 1934. Buenos Aires, Argentina.
- "Eugenesia". Director fundador, doctor Alfredo M. Saavedra. Tomo II, núm. 41, agosto, 1934. México, D. F.
- "Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer". Director, doctor Conrado Zuckermann. Año II, núm. 7, julio, 1934. México, D. F.
- "Medicina". Director, doctor Gustavo Argil. Tomo XIV, núms. 222, 223, 224 y 225, mayo a agosto, 1934. México, D. F.
- "Heridas a boca de jarro. Doce observaciones". Por el profesor Benjamín A. Martínez, fundador y director del Laboratorio de Criminalística e Identificación de la Policía de México. 1933. México, D. F.
- "Pasteur". Director, doctor Antonin Cornillon; redactor en jefe, doctor Adrián Correa. Año VII, núms. 1 y 2, julio y agosto de 1934. México, D. F.
- "Crónica Médica Mexicana". Director, Ph. Gracieux. Agosto, 1934. México, D. F.
- "Medicina y Cirugía de Occidente". Tomo II, núms. XIV y XV. Mayo y junio de 1934. Guadalajara, Jalisco, México.

## A V I S O

Las oficinas de la redacción fueron trasladadas a la calle de Génova N° 39, México, D. F. **SIRVASE USTED TOMAR NOTA.**

## NOMBRAMIENTO

El C. O. N. F. I. A. (Consejo Organizador Nacional de Fomento Industrial y Agrícola), del cual es presidente el Lic. Rafael Sánchez Lira, nombró miembro del Cuerpo de Consultores, cargo honorífico y de exclusiva labor patriótica, a nuestro secretario de redacción, **Dr. J. Peón del Valle**, ex médico del Manicomio General, ex médico del Servicio de Toxicómanos de la Penitenciaría del D. F., actual delegado sanitario y Jefe de un Centro de Prevención contra enfermedades transmisibles, del Departamento de Salubridad Pública, y especialista en enfermedades mentales y nerviosas en el Hospital Béistegui.



CLINICA DEL DR.

# SAMUEL RAMIREZ MORENO

ENFERMEDADES MEN-  
TALES Y NERVIOSAS

## AVISO

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