

# REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

Propiedad de la  
Academia N. de Medicina  
de México

## SUMARIO

EDITORIAL

RELACIONES ENTRE LA FORMA  
PARANOIDE DE LA ESQUIZO-  
FRENIA Y LOS DELIRIOS SISTE-  
MATIZADOS ALUCINATORIOS.

POR EL DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO.

LA ELOCUENCIA DE LA CLINI-  
CA. POR EL DR. GABRIEL M. MALDA.

TERCER ANIVERSARIO DE LA  
FUNDACION DE LA CLINICA  
DEL DR. SAMUEL RAMIREZ MO-  
RENO. POR EL DR. JUAN PEON DEL VA-  
LLE.

ALIENISTAS Y FRENOCOMIOS  
DE HISPANOAMERICA. "EL DR. JO-  
SE PEON CONTRERAS". POR EL DR. SA-  
MUEL RAMIREZ MORENO.

NUESTRA EXPERIENCIA EN 140  
ENFERMOS TRATADOS POR E-  
LECTROPIREXIA EN LA CLINICA  
DEL DR. SAMUEL RAMIREZ MO-  
RENO. POR EL DR. GUIDO TORRES MAR-  
TINEZ.

UN CASO DE CIRUGIA ESTETI-  
CA ANTE EL CRITERIO DE UN  
MEDICO LEGISTA. POR EL DR. AL-  
BERTO LOZANO GARZA.

NOTAS SINTETICAS.

Enero de 1935.

México, D. F.

**LABORATORIO MEDICO**  
DEL  
**Dr. Luis Gutiérrez Villegas**

●  
Dedicación exclusi-  
va a exámenes de  
laboratorio.

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

**BISMUTHOIDOL "ROBIN"**

Reg. 10431 D. S. P.

Tratamiento de Fondo de la Sífilis  
Terapéutica Racional de la Neurolúes  
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,

REPRESENTANTE: MAX ABBAT      LUCERNA, 47      MEXICO, D. F.

**R**EVISTA **M**EXICANA  
DE  
**P**SIQUIATRIA, **N**EUROLOGIA  
Y  
**M**EDICINA **L**EGAL

DIRECTOR  
DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

EDITOR Y JEFE DE REDACCION  
DR. JUAN PEON DEL VALLE

---

**Publicación Bimestral**

Volumen I    Número 5    1o. de enero de 1935    México, D. F.

REGISTRADO COMO ARTICULO DE 2a. CLASE CON FECHA 26 DE JULIO DE 1924

SE SOLICITA EL CANJE CON PUBLICACIONES SIMILARES.

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

Toda correspondencia dirijase a la Redacción;  
Génova, 39.    México, D. F.

---

## COLABORADORES REPRESENTANTES EN LA REPUBLICA

DISTRITO FEDERAL: Dres. José León Martínez, Arturo Baladón Gil, Antonio Tena Ruiz y Miguel Lavalle.

AGUASCALIENTES: Dr. Salvador Martínez Morones.

COAHUILA: Dr. M. Elizondo C.

GUANAJUATO: Dr. Alberto Aranda de la Parra.

HIDALGO: Dr. José Efrén Méndez.

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: Dres. Antonio de la Maza y F. Agundis.

TAMAULIPAS: Dr. Adalberto F. Argüelles.

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.

# 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 y Cecilio Carrasco C.

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.

NEUROLOGIA OCULAR: Dr. Raúl A. Chavira.

FISIOTERAPIA: Dr. Guido Torres Martínez.

LABORATORIO: Dres. Luis Gutiérrez Villegas, Alberto Lezama y Jesús Córdova.

---

# COAGULENO "CIBA"

Hemostático  
Fisiológico de  
acción rápida  
y segura

INTRODUCIDO  
EN LA MATERIA  
TERAPEUTICA  
POR EL CELEBRE  
CIRUJANO SUIZO  
PROFESOR  
KOCHER  
DE BERNA

CONTIENE LAS SUSTANCIAS  
COAGULANTES DE LA SANGRE  
ANIMAL Y DE LOS ORGANOS  
HEMATOPOYETICOS Y  
FAVORECE EL FENOMENO DE  
LA COAGULACION.

Ampollas Comprimidos Polvo

Muestras y literatura: WALTER NOEH. MEXICO, D. F. Apartado 1739



REG NUMS. 9947 Y 2883. D. S. P.

# EDITORIAL

## PERITOS MEDICOS OFICIALES Y PARTICULARES.

Es frecuente que en problemas de interés, tanto del ramo penal, como del civil (excluyentes o atenuantes de responsabilidad, juicios de interdicción, nulidad de testamentos, etc.), juntamente con los peritos médicos oficiales a quienes corresponde conocer de tales asuntos, se nombren, a petición de parte interesada peritos médicos particulares, que llevan, naturalmente la misión de fundar las conclusiones de quien los propone.

Sea que haya acuerdo entre ambos peritos, pero particularmente en los casos de discrepancia de opiniones, hay, tanto en la forma de trabajo como en la de los dictámenes, diferencias muy sensibles, que suelen acarrear con frecuencia una despreciación de la labor de los peritos oficiales, un demérito de sus actividades.

Este hecho es tanto más sensible, cuanto que a veces, médicos muy capaces pero que no han cultivado el terreno médico legal, al ser designados peritos en cualquier asunto, son los primeros, que en el calor de brillantes exposiciones, tratan con olímpico e injustificado desdén a los peritos oficiales. Varios casos concretos podría yo citar en apoyo de mi afirmación.

Otras veces, las menos, es el especialista, quien profundizando demasiado en ciertos aspectos, suele, al resolver un problema médico legal, estrechar demasiado su campo de mira y llegar a conclusiones de un exclusivismo inaceptable.

Parece pues, dentro de la utilidad indiscutible de los peritajes y de la libertad de elección que la Ley concede a las partes interesadas para escoger peritos, deslindar los campos y hacer resaltar los rasgos de los oficiales y de los particulares y ciertas condiciones especiales que fijan necesariamente su campo de

acción. El perito médico oficial, tiene a su cargo la resolución de múltiples y variados asuntos. Aún dentro de ciertas tendencias de especialización debe ocuparse de diversas cuestiones médico legales y aplicarse a ellas dentro de su formación general. Cuando una cuestión de mayor interés que las cotidianas lo ocupa, se detiene en su estudio, lo ahonda, pero sin perder de vista el aspecto general, el emplazamiento médico legal, de un tema que si por circunstancias de momento requiere mayor amplitud en su exposición o mayor firmeza en sus conclusiones, no debe apartarlo de un carácter de precisión y claridad que expedito el procedimiento.

Educado en esa práctica médico legal, tan diversa en sus formas de aplicación, de las de la medicina o de la cirugía generales o especiales, tiene siempre presente dentro de la técnica en que se ha desarrollado, algunos preceptos y entre ellos, éstos: Evitar la aceptación apresurada de teorías nuevas; no dar demasiados vuelos a la imaginación, no formular hipótesis complicadas; proceder con orden y método según un plan, que no es preconcebido, sino que le dan las circunstancias del caso, las constancias de autos, el estudio del delincuente.

Y con tales elementos, limitarse en las conclusiones a comprobar un punto o una circunstancia de hecho "a resolver, dice Lacassagne, una cuestión de arte y de ciencia".

De allí, que los dictámenes oficiales, hechos sin idea preconcebida; desprovistos de interés personal, y que no llevan por fin concluir indefectiblemente en favor de determinada tendencia, sean por lo común breves y concisos, parcios en doctrina, no muy abundantes en citas y formulen conclusiones llanas y expresadas con la terminología legal útil para el procedimiento a seguir.

El perito médico particular se encuentra en condiciones diversas: Nombrado a petición de una de las partes, lleva desde luego una idea preconcebida; la de demostrar a todo trance, la verdad de la parte que representa; la de hacer triunfar el criterio, unilateral forzosamente de quién lo ha nombrado. Cuando el asunto es obvio, cuando presume que podrá haber concordancia entre sus conclusiones y las formuladas por los peritos oficiales, adopta una terminología concisa y llega brevemente a fundar sus deducciones. Cuando, por el contrario, hay discrepancia o piensa que puede haberla, acumula todos los elementos: doctrinas, hipótesis, citas y adapta las circunstancias del caso o las



del individuo dentro de un sendero que lo lleva por las vías menos forzadas a la conclusión que defiende. De allí pues, al contrario de lo que en los dictámenes oficiales sucede, amplitud grande de los particulares, discusión e interpretación múltiple de hechos, y a veces comentarios sobre el espíritu o la letra de las leyes. Puede pues, dentro de un campo para él único, formular hipótesis complicadas o dar vuelos a su imaginación, sistema menos médico legal es cierto, pero en diversas ocasiones muy brillante, muy más ameno y que origina a las veces monografías bellamente documentadas. Para el perito particular, el asunto encomendado a su estudio, es único y de interés personal; para el oficial, es uno entre los muchos que reclaman su estudio y atención. Cada perito pues, dentro de sus condiciones psíquicas y de ambiente, trata de resolver una cuestión, siguiendo los lineamientos que le marcan sus respectivos campos.

Quiere decir esto, que si el perito particular, si el especialista, suele aportar al campo de la doctrina o al de la discusión novedades interesantes, interpretaciones ingeniosas o ricos comentarios, se aparta a veces del terreno médico legal, escueto y conciso, que trata de precisar hechos y de resolver concretamente cuestiones que determinan un expedito procedimiento resolutivo.

Y significa además que es injustificado el desdén, y mal fundada la desestimación en que muchos tienen el peritaje oficial por el hecho de que sus vestiduras sean menos brillantes y ostentosas. Quizá confeccionadas con material más sencillo son también más firmes y durables.

Lejos de nosotros la idea de quitar merecimientos o de restar importancias al peritaje particular. Que vengan enhorabuena el consejo, la experiencia, la profundidad del especialista o el comentario del perito ocasional, pero que no se rebaje, ni mucho menos se desconozca la labor desinteresada, correcta y científica del perito oficial.

Dr. José TORRES TORIJA.



La "Revista Mexicana de Psiquiatría,  
Neurología y Medicina Legal", desea un  
Feliz Año Nuevo a sus lectores ❁ ❁ ❁ ❁

# ARSAMINOL

Registro N° 7075 - D.S.P.

( **Sal arsenical pentavalente** )

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

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

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

## **Sífilis** y **Heredo-Sífilis**

**Tripanosomiasis - Paludismo**

TRATAMIENTO DE ASALTO Y DE CONSOLIDACION

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

**2 FORMAS :**

**AMPOLLETAS de "ARSAMINOL"**

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

**ARSAMINOL INFANTIL:**

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

LABORATORIOS CLIN - Comar & Cie. 20 Rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris V<sup>e</sup>

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

# Relaciones Entre la Forma Paranoide de la Esquizofrenia y los Delirios Sistematizados Alucinatorios. —————

Por el Dr. —————  
Samuel Ramírez Moreno

A raíz de los notables estudios hechos por Kraepelin en Alemania, sobre la Demencia Precoz y en Francia por Sérieux y Capgras acerca de los Delirios Sistematizados, parecía que ambos grupos nosológicos quedaban perfectamente diferenciados clínicamente y que no habría ya motivos de confusión. Las formas Simple, Hebefrénica y Catatónica, no se prestan a tal confusión con ninguna de las variedades de Delirios Sistematizados, pues unos y otros tienen síntomas de tal manera característicos, que la equivocación es imposible; pero no sucede así en lo que respecta a la Esquizofrenia Paranoide y a los Delirios Sistematizados Alucinatorios, pues presentan tantas semejanzas y puntos de contacto, que casi todos los autores, desde Kraepelin hasta los actuales, incurrían en contradicciones y confusiones, al grado que muchos los consideran como síndromes iguales. Para convencerse de ello, basta recordar los conceptos y descripciones de algunos.

Así, por ejemplo, Kraepelin en sus primeros trabajos, y con él la Escuela Italiana, aceptaron como formas de la Demencia Precoz Paranoide los llamados Delirio de Persecución tipo Laségue-Falret, Delirio Primitivo de los Degenerados, Delirios Sistematizados de los Degenerados y Delirio Crónico de Magnan, es

decir, no sólo los Delirios Sistematizados Alucinatorios, sino casi todas las formas de la Paranoia.

Conforme a esta primera concepción de Kraepelin los Delirios Sistematizados Alucinatorios, entran de lleno en la Esquizofrenia.

La Demencia Precoz Paranoide quedaba entonces dividida en dos grupos, según el propio Kraepelin; el primero caracterizado por delusiones e ideas delirantes polimorfas y el segundo por delirios coherentes y sistematizados.

Tal clasificación, que fué en extremo exagerada, tuvo numerosos partidarios, entre los cuales Bleuler aún conserva muchos de estos conceptos primitivos del Profesor de Munich.

Posteriormente, Kraepelin hizo ciertas modificaciones a sus primeros trabajos y redujo mucho la amplitud que le había dado a la Demencia Precoz Paranoide, desde luego separándole la Paranoia, pero siguió incurriendo en algunas confusiones.

Con justa razón hizo comprender dentro de la propia Paranoia a los Delirios Sistematizados, pero a los Delirios Sistematizados no Alucinatorios, es decir, sólo a los que más tarde fueron admirablemente bien descritos por Serieux y Capgras con los nombres de Delirio Sistematizado de Interpretación, Delirio Sistematizado de Reivindicación y Delirio Sistematizado de Imaginación, dejando fuera los Delirios Sistematizados Alucinatorios.

A partir de entonces, la Paranoia en Alemania, es conceptualizada como el conjunto de los Delirios Sistematizados, pero sólo de aquellos que tienen los caracteres siguientes: carencia de alucinaciones, de evolución demencial y que se desarrollan lentamente, sobre un terreno psicopatológico determinado, (constitución paranoica), el que viene a ser una perturbación original de la personalidad manifestada clínicamente por: desconfianza, egoísmo, orgullo, falta de juicio e inadaptabilidad social.

Por el hecho de presentar alucinaciones y algunas veces evolución demencial, los Delirios Sistematizados Alucinatorios, fueron separados de la Paranoia y descritos dentro de las Parafrenias, que en realidad, no son sino formas clínicas de la Demencia Precoz Paranoide.

En tal virtud, el conjunto de Delirios Sistematizados se desmembraba en dos grupos:

1º—Delirios no Alucinatorios, sin evolución demencial, formas constitucionales que estaban comprendidas en la Paranoia.

2º—**Delirios Alucinatorios**, de evolución demencial, formas adquiridas, que entraban en la Esquizofrenia.

Para tener mejor idea de cómo una vez más los Delirios Sistemizados Alucinatorios quedaban dentro del conjunto de la Demencia Precoz Paranoide, veamos la descripción de las Parafrenias.

Estas Parafrenias comprenden cuatro variedades:

1ª—La **Parafrenia Expansiva**, forma que se ve principalmente en las mujeres y que tiene como caracteres esenciales, delirios megalómanos, euforia marcada y agitación psico-motriz ligera.

2ª—La **Parafrenia Sistemática**, constituida por delirios de persecución **sistemizados** progresivos y consecutivamente delirios de grandeza.

En esta forma se incluye al **Delirio Crónico de Magnan**.

3ª—La **Parafrenia Confabulatoria**, sistema delusional compuesto por delusiones de grandeza y de persecución que se originan en paramnesias.

4ª—La **Parafrenia Fantástica**, caracterizada por ideas delirantes móviles, desordenadas, gran desarrollo imaginativo y brillantez intelectual.

La Parafrenia Expansiva, pero especialmente la Sistemática, comprende la reunión de casi todas las formas de Delirios Sistemizados Alucinatorios.

Weygandt, al igual que Kraepelin, confunde también los Delirios Sistemizados Alucinatorios con la Demencia Precoz Paranoide, como queda demostrado por la descripción que hace de esta última.

La divide en:

a).—**Paranoica Alucinatoria**, caracterizada por perturbaciones sensoriales intensas e ideas delirantes. Dominan las alucinaciones auditivas, las cuales obligan a los enfermos a estar atentos y abstraídos escuchándolas, o bien, sosteniendo conversaciones con los supuestos personajes que les hablan. Las ideas delirantes se originan por las alucinaciones y son de muchas formas, principalmente de persecución. Hay además, impulsiones, tiques, manierismos, etc., pero el cuadro está esencialmente constituido por trastornos psicosenoriales.

Hay que hacer notar que el juicio, el razonamiento y la memoria de estos pacientes están casi normales; los conocimientos

adquiridos con anterioridad se utilizan constantemente y si tales elementos psíquicos se alteran, es por las relaciones que tengan con las ideas delirantes y con las alucinaciones.

b).—**Paranoica Fantástica**, con predominio de manifestaciones delirantes que desempeñan un papel mucho más importante que en la anterior, sin que los síntomas psico-sensoriales sean intensos, sino por el contrario atenuados y de poco interés.

Aparece y evoluciona esta forma, lentamente, con accesos de irascibilidad, de disgusto y de depresión. Más tarde sobrevienen ideas delirantes múltiples, de preferencia megalómanas y de persecución. Los enfermos explican las alucinaciones e ilusiones por medio de ideas confusas, fantásticas y contradictorias que revelan un fondo demencial.

c).—**Paranoide propiamente dicha**, constituida por delirios mal o nada sistematizados, pues las ideas delirantes se agrupan sin orden y son móviles y variables en extremo, debido a la sugestibilidad de estos pacientes. La cenestesia está exaltadísima y la afectividad manifiestamente pervertida.

Con el tiempo, las ideas delirantes se van atenuando y aun tienden a desaparecer hasta que los enfermos llegan a perder la actividad psíquica quedando con un aspecto definido, amaneramiento del lenguaje, actitud estereotipada, etc.

En estas formas de la Demencia Precoz Paranoide de Weygandt, las dos primeras o sean la Alucinatoria y la Fantástica, se encierran casi todos los Delirios Sistematizados Alucinatorios.

Los dos autores señalados, Kraepelin y Weygandt, fueron realmente muy exagerados y absorbían totalmente los Delirios Sistematizados Alucinatorios, por la grandísima amplitud que le dieron a la Demencia Precoz Paranoide.

Otros, sin desconocer la existencia de los Delirios Sistematizados Alucinatorios, casi los reducen exclusivamente al Delirio Crónico de Magnan y algunos, por último, como Délmás en su obra en colaboración con Laignel-Lavastine y Barbé, separan la Demencia Precoz Paranoide de la Demencia Hebefreno Catatónica y la colocan íntegramente en la Psicosis Sistemática Alucinatoria.

Cansado sería seguir enumerando las opiniones y conceptos de muchos autores y creo que con las señaladas por algunos de

los más autorizados, es suficiente para comprender las confusiones en que como digo al principio de este trabajo han incurrido, al tratar de precisar los límites de la Esquizofrenia Paranoide y de los Delirios Sistematizados Alucinatorios, invadiendo los terrenos de una y de otros.

Tal confusión es explicable en realidad y no debe ser motivo de críticas injustas, pues ambos padecimientos tienen numerosos puntos de contacto y notables semejanzas, por lo que desde hace algún tiempo, venimos tratando de establecer desde el punto de vista clínico, las relaciones y fronteras que hay entre ambos. (1)

La Esquizofrenia Paranoide y los Delirios Sistematizados Alucinatorios, tienen de común los siguientes caracteres: trastornos psicosenoriales, especialmente alucinaciones auditivas, perversiones de la afectividad y perturbaciones psico-motrices, como tiques, estereotipias, amaneramientos; además de otros como neologismos, etc.; ambos padecimientos siguen evolución crónica, terminan algunas ocasiones en demencia, son susceptibles de presentar remisiones espontáneas o favorecidas por procedimientos terapéuticos y son incurables, por lo menos hasta el presente.

En el principio de los dos padecimientos y en su fin, en caso de que terminen en demencia, las semejanzas son mucho mayores y a veces la diferenciación es imposible, sobre todo en el segundo caso, pues en el primero, el mismo Kraepelin ha dado algunos caracteres para inclinar el diagnóstico hacia la Demencia Precoz y así dice: "cuando un enfermo tiene principio agudo con síntomas de insomnio, depresión, pérdida del apetito y a la exploración revela delusiones numerosas, fantásticas y móviles, asociadas a múltiples y fugaces alucinaciones, se debe considerar como atacado de Demencia Precoz Paranoide".

Ya por lo tanto, desde la invasión de los dos padecimientos, pueden marcarse diferencias y la indicación del Profesor de Munich es muy justa, puesto que la Demencia Precoz Paranoide es de marcha generalmente rápida, en tanto que todos los Delirios

---

(1) Samuel Ramírez Moreno. "Diferencias Clínicas entre la Esquizofrenia Paranoide y los Delirios Sistematizados Alucinatorios". Memoria del VIII Congreso Médico Nacional.—Talleres Gráficos de la Nación.—México.—1928. t

Sistematizados, inclusive los Alucinatorios, siguen un camino lento y progresivo. Tal evolución ha sido tomada en cuenta por varios alienistas, al grado que a la Esquizofrenia Paranoide, se le han puesto las siguientes denominaciones dentro de la confusión que vengo señalando desde un principio: Delirios Sistematizados Agudos (Sérieux y Capgras); Delirios Sistematizados de Conjunto (Magnan); Paranoia Acuta (Mendel); Acuter Wahsinn (Schule) y Acuter-Verücktheit (Weygandt).

Las diferencias clínicas tienen su más alto valor en el período de estado de ambas enfermedades y son precisamente las que voy a enumerar. Todas ellas no son sino la proyección de los caracteres generales que señalan clínicamente a la Esquizofrenia y a los Delirios Sistematizados como entidades nosológicas y que es preciso investigar con cuidado, puesto que por alejarse la Esquizofrenia Paranoide de las demás formas típicas de la Esquizofrenia y los Delirios Sistematizados Alucinatorios de las formas típicas de los otros Delirios Sistematizados, han perdido mucho de sus caracteres primitivos, o se encuentran considerablemente atenuados.

Estos caracteres generales, que dan sello inconfundible a las dos psicosis, son: por parte de la Esquizofrenia, la desunión, la desarmonía entre las facultades intelectuales y las facultades afectivas, en una palabra, la *noop-timopsiquis-ataxia* de Stransky, y por parte de los Delirios Sistematizados, las ideas delirantes bien organizadas, fijas y permanentes y la larga conservación de la actividad psíquica.

Veamos por tanto, cómo los mencionados caracteres se presentan, aun en el más pequeño detalle de los enfermos:

El Demente Precoz Paranoide, no puede mantener determinada orientación en su actividad psíquica, las ideas se forman automáticamente, sin orden ni lógica aunque así lo parezca, obedeciendo como se piensa ahora, a procesos afectivos subconscientes; el discurso no es coherente, ni sigue una idea directriz, pues la asociación de ideas no es regida por ninguna de las leyes psicológicas y las palabras sólo presentan por liga, el tiempo en que se pronuncian y son regidas por procesos catatímicos.

No hay organización del proceso delirante; numerosos complejos pugnan por exteriorizarse al mismo tiempo, de donde se explican muchos síntomas de estos enfermos, como ambivalen-



cia, negativismo, sugestibilidad, autismo y estados paradójicos afectivos.

La afectividad se encuentra pervertida en todos sus grados y formas, y en discordancia con los procesos intelectuales. Las explosiones de risa, de llanto o de enojo son automáticas, se presentan o desaparecen sin razón consciente y son como las anteriores, el resultado de complejos que están en movimiento.

Las facultades volitivas y la actividad se encuentran a su vez profundamente afectadas como se reflejan por la inercia, la falta de impulso vital, el negativismo y la sugestibilidad pasiva que revelan los enfermos. Otro tanto sucede con las reacciones, que se presentan también de manera automática, en forma de impulsos, raptus, etc.

Los tiques, las estereotipias, los manerismos, los neologismos son el resultado del propio automatismo mental que destruye los lazos entre las facultades mentales y afectivas, cuyo funcionamiento viene a ser totalmente discordante.

La escritura en su aspecto psicográfico, es a su vez incoherente, plagada de neologismos y estereotipias y en su aspecto caligráfico, hay desigualdad de letras, modificaciones en la forma de muchas de ellas, signos múltiples y caprichosos. Los dibujos son extravagantes y fantásticos, lo mismo que las pinturas, las cuales presentan un aspecto pseudo artístico que ha sido objeto de numerosas opiniones y comentarios.

Pero lo que debemos tener en cuenta preferentemente para hacer el diagnóstico diferencial con los Delirios Sistematizados Alucinatorios, son las ideas delirantes y las alucinaciones. Acerca de las primeras, ya dejamos anotado que no conservan ninguna orientación, son móviles y polimorfos y aunque de un mismo aspecto, por ejemplo de persecución o de grandeza, no se organizan para formar un verdadero sistema delirante, ni están de acuerdo con la conducta que observan los enfermos.

Las alucinaciones, de las cuales las auditivas son más frecuentes, pueden estar asociadas o no a las ideas delirantes, siendo en muchas ocasiones contradictorias a ellas. Presentan en general los caracteres siguientes: son constantes y no llegan a desaparecer o a atenuarse sino en el sueño; es decir, los enfermos oyen siempre las mismas voces, los mismos insultos, las mismas palabras, aun por espacio de varios años; reducidas en número no se extienden, quedan, pudiéramos decir, estereotipadas.

Las alucinaciones táctiles, cenestésicas, psicomotrices, etc., presentan exactamente los mismos caracteres.

Esquirol con justa razón denominó con el término amplio y genérico de **monomanías** a los Delirios Sistematizados, significando el trastorno parcial que sufren las facultades psíquicas de los enfermos que los padecen.

En verdad, lo que singulariza e impresiona más a los Delirios Sistematizados Alucinatorios y no Alucinatorios es la conservación armónica que existe en el funcionamiento mental fuera del sistema delirante, es decir, en la coordinación y unión entre los elementos intelectuales, afectivos y volitivos, de tal modo que se encuentran perfectamente bien ligados en todos los procesos psicológicos y aun dentro del propio sistema delirante hay unión, consecuencia lógica entre las ideas y los actos. El estado intelectual está perfectamente de acuerdo con el tono afectivo; el perseguido que escucha voces que lo insultan o lo atacan se encuentra temeroso; el hipocondríaco que siente dolores o molestias en sus órganos está triste y deprimido; el que tiene ideas de grandeza presenta un aspecto de alegría y buen humor.

No hay desinterés ni inercia intelectual, sino por el contrario, una actividad extrema, pues son pacientes que le dan mucha importancia a sus ideas delirantes, las que motivan constante preocupación para ellos. Cuando las expresan, tienen un tono de seguridad y convicción, aparentemente dentro del más puro razonamiento lógico.

La conducta que observan está igualmente en armonía con las ideas delirantes y con las alucinaciones. Los perseguidos procuran defenderse por todos los medios que creen más eficaces y aunque adopten medidas originales y extrañas, siempre tiene explicación; los religiosos se entregan a prácticas místicas; los megalómanos toman un aire de protección y superioridad sobre todas las personas que los rodean. En ocasiones presentan, algunos, reacciones bruscas e impetuosas, pero son motivadas por alguna causa: una alucinación imperativa; una maniobra de defensa; un ataque a sus supuestos perseguidores, es decir, siempre hay relación entre el proceso intelectual y el volitivo.

Suelen presentarse en estos pacientes, movimientos estereotipados, neologismos, manierismos y otros trastornos psicomotrices, pero siempre como resultado de un proceso psíquico

definido y no puramente automático, toños tienen su razón de ser y los enfermos los explican de alguna manera: medios para ahuyentar a sus perseguidores; actos de protección; procedimientos para comunicarse a distancia.

La escritura en su aspecto caligráfico no tiene nada de particular, los caracteres de las letras son correctos, la puntuación es buena y si acaso existen signos especiales, son: claves, señales convencionales y otros. En su aspecto psicográfico es importantísima, ya que generalmente en los escritos se puede conocer perfectamente el proceso de su delirio que lo relatan de manera ordenada y metódica, no omiten detalle, explican con claridad todo lo que les pasa, las sensaciones raras que experimentan, la clase de persecuciones que sufren, las conversaciones que escuchan, y no sólo se limitan a narrar, sino que tratan de darle explicación lógica a lo que les sucede, de donde construyen numerosas interpretaciones delirantes y delusiones. Las ideas delirantes y los delirios tienen como carácter esencial, que generalmente forman un sistema definido y fijo que cada vez se va agrandando más y más, porque la actividad del enfermo lo fomenta. Tal sistematización, dice Sollier y Courbon, es "la edificación de un sistema de explicaciones destinado a demostrar lo que el enfermo siente". Lo cual pone de manifiesto que los pacientes sujetan a su actividad psíquica las ideas delirantes que se le presentan, de tal modo, que van llevando en apariencia un camino razonado, que Núñez (1) expresa diciendo: "es la organización lógica de ideas delirantes múltiples en torno de una idea directriz".

De esto se desprende lo que se ha visto en toda la sintomatología de los Delirios Sistematizados: que hay razonamiento, lógica, interés, organización.

Las alucinaciones en todas sus formas, sensoriales, cenestésicas y psicomotorices, además de dar margen a los delirios en la mayor parte de las veces como siempre hemos creído, provocan grandísima actividad mental y grandes descargas afectivas, de tal manera, que casi todo el cuadro patológico de los delirantes sistematizados alucinados está supeditado a las alucinaciones. Hay una variedad de Delirio Sistematizado Alucinatorio,

---

(1) Francisco Núñez Chávez.—Estudio Clínico de los Delirios Sistematizados Alucinatorios.—Tesis Recepcional, 1926.—México.

el Psicomotriz o de influencia, estudiado muy bien por Sérieux y Capgras con el nombre de "Delirio Psicomotor de Ségla", por Lévy, Darras y André Ceillier con el de "Psicosis de Influencia" y por H. Claude, con el de "Síndrome de Acción Exterior", en el cual dominan las alucinaciones psicomotrices y la idea de influencia extraña, lo que origina un desdoblamiento de la personalidad, que no es otra cosa que el automatismo mental. Otro tanto podíamos decir en los pacientes en quienes existe el "eco del pensamiento"; fenómenos psicosenoriales ambos, que por el señalado automatismo que presentan hacen que los delirantes de este tipo se acerquen a los dementes precoces paranoides.

Los síntomas que acabo de enumerar acerca de los Delirios Sistematizados Alucinatorios, se presentan en el período de estado, porque al final, en los casos que se terminan por demencia, el psiquismo se disgrega, el delirio se desorganiza y predomina el autismo mental.

Los Delirios Sistematizados Alucinatorios, presentan varias formas clínicas que Núñez, ha agrupado en: "Forma Sistematizada Regular Progresiva y Demencial"; "Forma Psicomotriz" o "Delirio de Influencia"; "Forma Alucinatoria Primitiva", "Forma Confusional Primitiva" y "Forma Fantástica". Todas ellas presentan el mismo fondo mental y los caracteres señalados que antes enumeré.

Como se desprende de todo lo anterior, la sistematización de los delirantes podríamos compararla con un árbol cuyo tronco representaría la idea directriz, mientras que las ramas serían las adquisiciones nuevas, las ideas delirantes secundarias, las falsas interpretaciones, las tendencias afectivas y reacciones volitivas que se irían dividiendo y subdividiendo en ramas más y más pequeñas, pero siempre orientadas bajo la dependencia de la idea principal; en tanto que el mecanismo esquizofrénico de la Demencia Precoc, podría ser comparado a ese conjunto de ramas, pero desprendidas de los troncos y formando un montón en el que se revolvieran chicas y grandes, entrecruzándose en todas direcciones y sentidos, pero sin estar ligadas a un centro consciente coordinador o director que en nuestra comparación, sería el tronco del árbol.

## RESUMEN:

1º—Clínicamente los Delirios Sistematizados Alucinatorios y la forma Paranoide Alucinatoria de la Demencia Precoz, se han confundido y se confunden, porque tienen en apariencia numerosos puntos de contacto.

2º—Para evitar tales errores de diagnóstico, conviene hacer un examen más profundo de estos pacientes y analizar los principales síntomas mentales con el mayor cuidado.

3º—Lo que caracteriza a la Demencia Precoz Paranoide, es la discordancia por muy atenuada que sea, entre las facultades intelectuales, afectivas y volitivas y el automatismo mental originado por procesos afectivos subconscientes.

4º—Lo que caracteriza a los Delirios Sistematizados Alucinatorios en general, es la armonía que existe entre las facultades intelectuales afectivas y volitivas aun dentro del sistema delirante creado por las alucinaciones.



---

SE SUPLICA a los profesionistas que cambien de dirección, lo comuniquen a nuestras oficinas de Génova núm. 39, para que no sufran retardo en la entrega de la Revista.

**EXTRACTO DE BAZO CONCENTRADO INYECTABLE**

# **PERLIEN "RICHTER"**

Reg. Núm. 14929. D. S. P.

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN Y  
BAJO LA VIGILANCIA MÉDICA.

Cada ampollita de 1 c. c. equivale a 500 grs. de bazo fresco, por vía buca.

Los ensayos hechos con el **PERLIEN** en el tratamiento y profilaxis del shock anafiláctico por B. Paul y E. Roth, los han llevado a la conclusión de que los extractos de bazo son capaces de impedir el choque o influir favorablemente en sus síntomas

También los estados alérgicos son influidos benéficamente por el extracto esplénico. El extracto de bazo es un útil adyuvante en las tuberculosis pulmonar, ósea, articular y ganglionar. La esplenoterapia obra también estimulando la hematopoyesis.

REPRESENTANTES:

DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS RICHTER, S. A.

Venustiano Carranza No. 94.

México, D. F.

## “La Elocuencia de la Clínica”<sup>[1]</sup>

Por el Dr. \_\_\_\_\_

Gabriel M. MALDA.

Hace unos cuantos días llegaba a mi Consultorio, un individuo de 30 a 35 años de edad, campesino, sin pasado morboso, portando un vendaje en la mano derecha. Refiere en su conversación, el haber recibido una herida por arma de fuego el día anterior, al estar limpiando una pistola calibre 32. Descubro al paciente y encuentro en la región palmar un pequeño orificio de entrada cuyos labios estaban rodeados por una zona equimótica, rodeada a su vez por una aureola obscura que claramente marcaba incrustaciones de pólvora. El sitio de la herida estaba exactamente en la parte media de una línea horizontal, uniendo la comisura del pulgar al borde cubital de la mano; es decir, en el lugar donde se encuentra el arco arterial palmar superficial, y el arco nervioso también palmar, que forma la rama profunda del nervio cubital.

El orificio que se presentaba a mi vista parecía únicamente constituido por la piel; el fondo no se veía ni perforado, ni contundido; no existían coágulos ni infiltración sanguínea a distancia; la herida no la rodeaba ningún edema; parecía no infectada y en vías de cicatrización.

El aseo de la mano no produjo dolor y los movimientos de los dedos, puño y antebrazo fueron normales.

La anamnesis y la exploración eran en lo absoluto negativas, en la apreciación de un orificio de salida; parecía que la bala

---

(1) A propósito de un caso de trastornos sensitivo-motores de la mano. N. de la R.

había o pegado tangentemente en la región aludida, y perdidose en el exterior, o que habiendo penetrado no había podido salir. Esta última hipótesis aunque viable, era discutible, porque encontrándose tan superficial el esqueleto de la palma de la mano, era lógico pensar que uno de los metacarpianos cuando menos, debía haberse fracturado al impulso del proyectil; pero la palpación del esqueleto no expresaba ningún signo crepitante, ni movilidad anormal que hablara en favor de lesión huesosa.

Desconfiado de la rareza del caso, pasé al gabinete de Rayos X, y en compañía del Dr. Joaquín Vélez, mi radiologista, radioscopiamos la mano y puño de aquel sujeto, sin encontrar ni el proyectil, ni la más mínima lesión huesosa o articular que indicase la penetración de la bala.

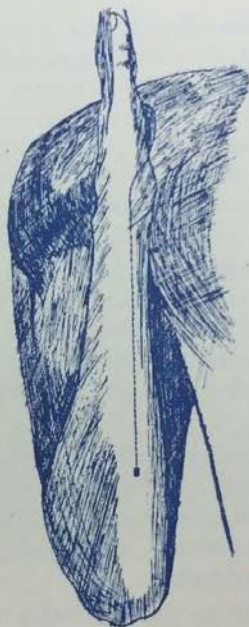


FIGURA. 1

Por lo que a mí vista se presentaba, tenía que admitir, que mi paciente había sufrido una herida por arma de fuego en la que el proyectil no había penetrado, sino interesado piel y aponevrosis. Sin embargo, mi conclusión me parecía obligada, for-



zada por los hechos que se me presentaban; pero en mi sentir íntimo había algo que no me convencía, y que me enfrentaba con lo indeterminado. Un espíritu clínico ya forjado por el peso de los años, no puede estar tranquilo ante el problema de lo dudoso; gritaba en mi mente la conjetura de que aquella herida se había producido estando el cañón del arma casi en contacto con la piel, y dadas las condiciones de las armas modernas, que raro es el caso en que un proyectil retache y no penetre. En otra faz del razonamiento, se hace dudosa una herida tangencial en una región cóncava como lo es el hueco de la mano. Todas estas consideraciones me dejaron intranquilo, e hicieron mi clínica más insegura.

Apliqué el apósito conveniente al herido dándole mis órdenes de hacer investigaciones térmicas, y hablándole de la quietud, alimentación, etc., citándolo a nueva curación para el día siguiente.

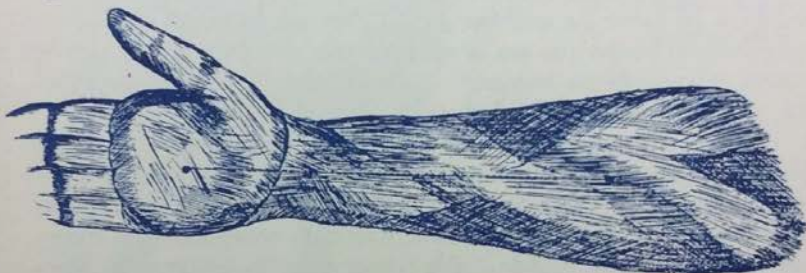


FIGURA. 2

Al descubrir por segunda vez a aquel sujeto, observo una actitud en garra de los cuatro primeros dedos, con ligera flexión del puño que contrastaba con la normalidad de la víspera. Invito a aquella persona a verificar movimientos de extensión, encontrando imposibilidad para ejecutarlos. Vuelvo a mis deseos, y el paciente lucha sin ningún provecho. Al desprender el apósito hay una excesiva sensibilidad; al más ligero frotamiento con la gasa de aseo, expresa hiperestesia; la impulsión pasiva de todos los dedos hacia la extensión es imposible. Y yo me pregunto: ¿hay una contractura de los flexores o hay una parálisis de los extensores? ¡He aquí el problema!

¿Por qué ha aparecido el síndrome motor y sensitivo de una manera tan brusca? Los movimientos en la articulación del codo están íntegros. Ante este cuadro había que tener instantes de calma, de meditación, para interpretar aquellos síntomas. La

herida no estaba infectada; la palpación de los tendones seguida desde la palma de la mano rumbo al antebrazo, no expresaba nada inflamatorio por parte de sus vainas. No obstante esto, debía haber algo que ponía a los músculos en ese estado de contractura. No explicaba la parálisis de los extensores, aquella fase clínica, pues a pesar de la actitud sintomática de las lesiones del radial, nada militaba en favor de ello, pues el sitio de la herida nunca podía explicar la lesión de ese nervio.

Los tendones interesados eran los que dan movimiento a los cuatro primeros dedos; el dedo pequeño parecía haberse salvado de la morbosidad; esto inducía a pensar que el nervio medio debía ser el lesionado; pero el razonamiento se forzaba al recordar el sitio de la herida; el lugar aparente estaba en donde las ramas terminales del nervio medio ya irradiaron, y no era posible que el proyectil hubiese lastimado la totalidad de las ramas nerviosas para traer el síndrome. El sitio de la herida más bien hablaba en favor de una herida del arco nervioso del cubital en oposición al hecho que era la mitad interna de la mano la que se había salvado de las lesiones. En asociación la lógica y la clínica, se debía argumentar de esta manera.

Sólo podía explicar lo que se tenía a la vista una irritación del nervio encima del ligamento anular anterior del carpo; antes que el tronco nervioso de sus ramas terminales, y antes también que nazca el ramo cutáneopalmar, quien da sensibilidad al hueso de la mano, lugar donde había observado, la exagerada hiperestesia.

Perplejo ante lo que el razonamiento me aconsejaba, y lo que me presentaban los hechos, y la exploración radioscópica, mi espíritu se inclina a la elocuencia de la clínica, la verdadera clínica, que me inculcaron mis maestros, desprovistos de las perfecciones del laboratorio y de las prodigiosas adquisiciones que dan los Rayos X; pero impregnados de una clínica apoyada en una observación desapasionada; en un método lógico inductivo y deductivo, disciplinado e irreprochable y una educación intelectual inmovible. No llevando ningún prejuicio ni apasionamiento al observar e interpretar síntomas y valorizar signos. Hay que recordar a estos sabios varones, que en la actualidad merecen más nuestros aplausos, que cuando se los prodigábamos al ver realizados difícilísimos diagnósticos en la mesa de operaciones, o en la plancha de autopsias. Ellos, sin las grandes ayu-



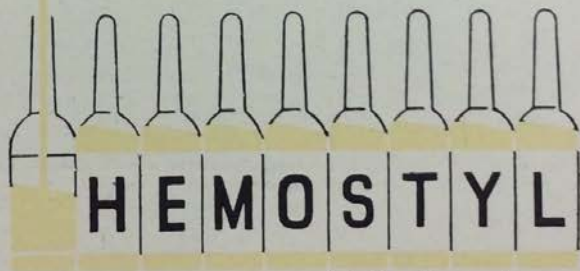
# Anemias Hemorragias Convalecencias

Tres Formas

- Ampolletas  
(Suero hemopoyético)
- Jarabe  
y Vino  
(Sangre hemopoyética 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.

Propiedad de la  
Academia N. de Medicina  
de México

NUEVA FORMULA DEL

# GINESTRYL

FORMA BUCAL AL ESTADO DE DI-HIDRO FOLICULINA CRISTALIZADA

**GOTAS** y

Reg. 11317. D. S. P.

**COMPRIMIDOS**

Reg. 13987. D. S. P.



Una gota =  
20 Unidades Internacionales

Un comprimido =  
250 Unidades Internacionales

Representantes Exclusivos:

**GRUPO ROUSSEL, S. A.**

Apartado 7541.

México, D. F.

das que hoy tenemos, penetraban con su talento y lógica, a despistar los lugares recónditos, donde la enfermedad se refugia, y nos dejaban una documentación que hoy admiramos.

Desgraciadamente se observa que la clínica inductiva y deductiva se va perdiendo, que la observación y la aplicación de los métodos de Leibnitz, se borra cada día más y más; esto con detrimento de la semiótica que por tantos años ha iluminado al mundo en el ejercicio de nuestra profesión.

Si mi edificación diagnóstica no me engaña, si mi semiótica es correcta, esta bala debe estar irritando el nervio medio y en un lugar bastante alto; antes que se desprendan sus colaterales que van a inervar los flexores superficial y profundo, protagonistas en el síndrome que tengo a la vista. Si en tiempos atrás esto aconteciera, mi incisión debería practicarse en el sitio mencionado, y hoy que los rayos X deciden, deben ellos mostrarme el proyectil en el lugar donde el juicio clínico me lleva.

Paso de nuevo a la pantalla fluoroscópica; proyectando el hacecillo del tubo en el tercio superior del antebrazo, y como la sombra de un eclipse lunar se proyecta en el limpio campo telescópico, así veo un disco negro en medio de la claridad lunar, que iluminaba el antebrazo; ¡era el proyectil! La clínica no se había equivocado y era ella la que elocuentemente anunciaba la existencia del proyectil, y el lugar donde se encontraba.

Huelga hacer más conjeturas; la bala debe encontrarse entre los dos flexores; lugar de descanso del nervio a la altura indicada.

Como epilogo, practico mi intervención quirúrgica para la extracción, maniobrando con el control de la radioscopia; mi incisión se inicia en el tercio superior del antebrazo y desciende a la parte superior del tercio medio; descubro el redondo pronador; divido sus fibras, separo hacia adentro las del flexor superficial y con particular cuidado busco la arteria cubital que en el tercio superior cruza al nervio medio pasando detrás de él; ramos colaterales sangran, me indican su presencia; el nervio medio está a la vista, reclinado sobre el flexor profundo: pero el proyectil no se presenta. Medito un instante y volvemos a la localización al través de la pantalla; la sombra está allí; mi dedo y la sombra coincidían; era él quien separaba el proyectil, incrustado en parte en el hacecillo externo del flexor superficial y sobresaliendo en su cara profunda; la extracción fué ya muy fácil. Una canalización y sutura parcial de todos los planos de la herida.

Comentando la historia anterior, mucho impresiona la valorización que tuvo el estudio semiótico de la contractura de los flexores de la mano con tipo en garra, y como conclusión: la elocuencia del estudio clínico que anuncia la presencia del proyectil, que en la búsqueda inicial con los Rayos X no se había podido encontrar.

Este caso prueba una vez más, que es siempre el estudio clínico de los enfermos el que debe iniciar y basar la edificación de un diagnóstico, y que el laboratorio y los Rayos X, deben ser medios más bien de ratificación o rectificación, a las operaciones intelectuales, que en un cerebro bien educado, conducen a formar un juicio diagnóstico.



**GOTAS 29**

**ATENUANTE DEL INSOMNIO NERVIOSO**

Producto  
Nacional  
Atóxico

Sedante, Anti-  
espasmódico,  
Tónico cardíaco  
A base de PA-  
SSIFLORA  
INCARNATA,  
CRATAEGUS  
OXYAGANTHA  
Y ANEMONA  
PULSATILLA.

Muestras a dis-  
posición del H.  
Cuerpo Médico  
—en:—

REG. NUM. 8948-D, S P  
FARMAMEX. Productos Farmacéuticos S. A. Apdo. 1257 México, D. F.  
Unicos representantes para la República.

# Tercer Aniversario de la Fundación de la Clí- nica del Dr. Samuel Ramírez Moreno. —

Por el Dr. \_\_\_\_\_  
Juan PEON DEL VALLE.

Ocupado por la enseñanza de la psiquiatría en nuestra Facultad de Medicina, por la Dirección del Manicomio General, por la atención del Consultorio y por algunos otros trabajos científicos, no podía el Dr. Ramírez Moreno, ni siquiera pensar en la realización de un proyecto necesario y todavía pendiente, como es el establecimiento de un gran Sanatorio modelo para enfermos mentales y nerviosos. Pero viendo al mismo tiempo que a ciertos pacientes de su Consultorio particular necesitaba un lugar donde seguirlos, donde ampliar su estudio, pensó en la fundación de una Clínica, simple prolongación del Consultorio. Esa Clínica sería, pues, una institución sencilla, limitada, y para eso bastaría acondicionar un local para la atención de aproximadamente 10 ó 12 enfermos.

El 1º de diciembre de 1931, empezó la vida de la Clínica para Enfermedades Mentales y Nerviosas del Dr. S. Ramírez Moreno. En aquel entonces fueron médicos internos, el Dr. Guillermo Dávila y el que esto escribe. Por eso, y por no haberme alejado completamente de este Sanatorio en cuya organización, instalación y funcionamiento colaboré, he podido darme cuenta del éxito científico que está significando, y creo que no puede hacerse mejor conmemoración de su tercer aniversario, que publicar una nota demostrativa.

En efecto, poco tiempo después, habiendo el Dr. Ramírez Moreno dejado la Dirección del Manicomio General consagróse por entero a la atención de sus enfermos y esto redundó en beneficio de la Clínica, cuya orientación ya definida no tuvo más que seguir y ampliar su curso.

Hubo necesidad de anexar otra casa para hacer de ella el departamento de mujeres, y unido esto a la dotación de instrumental médico-quirúrgico, fisioterápico, etc., pronto quedó la Clínica en un nivel muy superior a la simple prolongación de un Consultorio. Pueden ahora atenderse cómodamente 30 ó 35 enfermos, o sea más del doble que al principio, y siempre con el criterio selectivo, limitativo, más bien restrictivo del número de ingresos.

Esta ampliación se ha debido en gran parte, al buen éxito obtenido desde el punto de vista terapéutico. Pero, en la imposibilidad de hacer un comentario a cada historial clínico de cada uno de los bellísimos casos que ha habido en neuriatría y psiquiatría —a reserva de publicar algunos más adelante— y por la falta de espacio y tiempo para insertar aquí una estadística detallada, me concretaré a presentar una pequeña nota informativa; dejando para otra ocasión, también, la reproducción de los gráficos relativos.

Cuenta en la actualidad la Clínica con el médico director, un médico interno, dos practicantes, un médico especialista en electroterapia, un médico laboratorista, un odontólogo, enfermeros, enfermeras y el personal de administración, cocina, comedor, lavandería, etc. Así se explica que cada enfermo haya sido estudiado tan minuciosa y completamente, ya que lo peor que acontece en muchos establecimientos oficiales y particulares, es la escasez de personal técnico en proporción al número de enfermos mentales, o la falta de especialización.

Finalmente, debo mencionar ahora, porque no hacerlo sería injusta e imperdonable omisión, la labor de la distinguida, bella y joven esposa del Dr. Ramírez Moreno, quien une al buen gusto y talento, la abnegación y constancia necesarias para mantener el orden y la alegría en la mansión de dolor y de estudio que es un sanatorio de enfermos mentales. En efecto, después del admirable tino con que supo encontrar la casa adecuada en que se pudo establecer la Clínica, ha continuado en ésta (sin desatender su hogar), una tarea amarga y anónima, de callada colaboración



diaria, compartiendo el trabajo, mas sin disfrutar la compensación, pues ella no puede tener el íntimo goce, la noble satisfacción y la merecida fama del médico que triunfa o que consuela.



FACHADA DEL EDIFICIO PRINCIPAL

Movimiento habido en tres años:

1931

Diciembre. Ingresos: 12 Salidas: 2 Máximum de enfermos: 12

1932

	Ingresos:	Salidas:	Máximum de enfermos:
Enero.	3	1	12
Febrero.	3	2	14
Marzo.	5	2	17
Abril.	7	3	19
Mayo.	4	3	19
Junio.	6	5	26
Julio.	5	4	26
Agosto.	6	7	28
Septiembre.	7	8	28
Octubre.	11	7	31
Noviembre.	9	8	31
Diciembre.	0	5	22

## 1933

	Ingresos:	Salidas:	Máximum de enfermos:
Enero.	5	4	23
Febrero.	9	5	28
Marzo.	5	3	28
Abril.	5	4	33
Mayo.	6	7	36
Junio.	7	7	36
Julio.	4	6	34
Agosto.	5	7	31
Septiembre.	4	6	30
Octubre.	10	9	32
Noviembre.	3	6	26
Diciembre.	7	7	27

## 1934

	Ingresos:	Salidas:	Máximum de enfermos:
Enero.	9	7	29
Febrero.	9	4	31
Marzo.	2	6	29
Abril.	2	7	25
Mayo.	10	8	28
Junio.	9	10	29
Julio.	9	4	28
Agosto.	8	10	32
Septiembre.	5	4	27
Octubre.	6	4	29
Noviembre.	7	9	32

Los padecimientos que ha presentado la mayoría de los enfermos, han sido mentales, aunque interesantes casos de neuropatología no han faltado. No creo necesario incluir las cifras de cada padecimiento, pues bien sabido es, por ejemplo, que casi todos los paralíticos generales llegan a ser internados y que muy pocos paranoicos lo son. Así, pues, mencionaré los grupos que dieron mayor contingente: parálisis general progresiva, serie esquizofrénica, epilepsia, neurosífilis (sin P. G. P. o tabes), oligofrenia, confusión mental, psicastenia, psicosis maniaco-depresiva, alcoholismo, dipsomanía, amencia, narcomanía, psicosis perversa, psicopatía sexual, paranoia, serie wilsoniana, delirio sistematizado alucinatorio, demencia senil, neuralgia del trigémino, tabes, demencia orgánica, síndrome opto-estriado, esclerosis en placas, uremia, psicosis de angustia, histeria, neurastenia, mielitis transversa, afasia por diversas causas, encefalitis, parkinsonismo, toxifrenia y desórdenes mentales secundarios a otros procesos.

Las salidas se han dado por remisión, curación, mejoría, petición de los responsables y defunción. Lo que es más halagador es el reducido número de fallecimientos, y la frecuencia de curaciones. Es elocuente el hecho de que en 239 enfermos, haya habido solamente 7 defunciones. No se debe insistir mucho en esta Revista acerca de estos resultados, pero no hay por qué callar que hubo casos verdaderamente hermosos, cuyas historias clínicas serán publicadas. Por ejemplo, pueden mencionarse paralíticos generales que no han vuelto a presentar clínicamente manifestaciones de la enfermedad y cuyo líquido céfalo-raquídeo ha presentado las reacciones muy mejoradas y aun negativas. Al principio se obtuvo esto, combinando la piretoterapia por inoculación de *Plasmodium vivax* con la inyección de preparados específicos no agresivos para el sistema nervioso, y, recientemente, de preferencia aplicando la hipertermia provocada gracias a los más modernos dispositivos diatérmicos. En otros padecimientos, en los cuales ha habido casos grandemente interesantes, la aplicación de todos los métodos científicos conocidos (psíquicos, físicos y químicos), ha satisfecho todas las esperanzas y permite suponer que la Clínica que acaba de cumplir tres años de intensa labor, prospere y se engrandezca.



Medicación Remineralizadora  
a base de Glicerofosfatos

# "MANGANO-PHOSPHAL"

GOTAS

REGISTRO NUM. 13754.- D. S. P.

SIN ARSENICO, SIN ESTRICNINA Y SIN NINGUN TOXICO

LABORATORIOS DE BIOLOGIA MEDICA DE  
LOUIS JULIEN.- DOCTOR EN FARMACIA  
105, RUE DE RENNES.- PARIS.

REPRESENTANTES PARA LA REPUBLICA MEXICANA  
OFICIO FARMACEUTICO MEXICANO, S. A.  
AV. CHAPULTEPEC N° 153 MEXICO, D. F.

# OPOSTENOL

Registro Núm. 9325. D. S. P.

Moderno tratamiento de la ASTENIA en los casos  
de trastornos del recambio lipideo o electrolítico  
de los centros nerviosos. Disfunciones endocrinas,  
Hiperexitabilidad o labilidad constitucional del  
sistema nervioso.

## FORMULA:

Cada grajea contiene:

LIPOIDES CEREBRALES .....	0.025	GLICEROFOSFATO DE SODIO.....	0.05
SUPRARRENAL CORTICAL .....	0.025	GLICEROFOSFATO DE MAGNESIO.....	0.05
SUBSTANCIA TESTICULAR .....	0.025	LACTATO DE CAL .....	0.05
EXTRACTO DE LEVADURA .....	0.025	HABA DE SAN IGNACIO.....	0.001
VITAMINICA .....	0.025	PAJONARIA.....	0.025

FRASCOS DE 80 GRAJEAS.

DOSIS DE 6 A 10 GRAJEAS AL DIA.

**CARLO ERBA, S. A.- MILANO.**

REPRESENTANTE: Dr. FRANCO BALDI

Barcelona, 27.

MEXICO, D. F.

Apartado, 1837.

# Alienistas y Frenocomios de Hispanoamérica. —

Por el Dr. \_\_\_\_\_  
Samuel Ramírez Moreno.

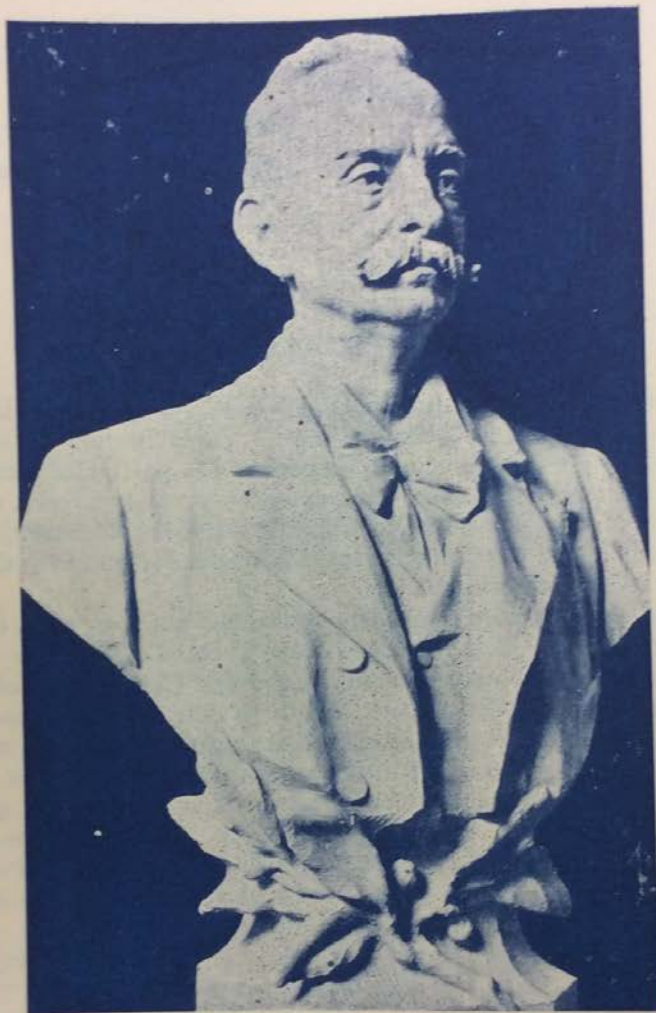
## EL DR. JOSE PEON CONTRERAS.

Fué el Dr. José Peón Contreras, a la vez que internista, Psiquiatra eminente y exquisito poeta. Como literato ha sido más conocido que como médico, pues dejó a la posteridad numerosas obras, unas de teatro, otras de versos y varias novelas que han sido profusamente leídas en nuestro país y en el extranjero y es considerado como uno de los más inspirados poetas y dramaturgos latinoamericanos.

No lo juzgaremos desde este punto de vista, porque la crítica ampliamente se ha dedicado a ello y entre otras cosas señala que: "sus cantares son tan dulces que bien podrían atribuirse a un numen femenino". Gaspar Núñez de Arce, comentaba a propósito de sus obras dramáticas, "que si el genio mexicano no tuviera que luchar con armas desiguales, y sólo en provecho de unos cuantos empresarios, con la competencia que en el teatro le hacen las obras españolas, tal vez hubiese remontado el vuelo a mayores alturas, porque los dramas del Sr. Peón prueban bien a las claras, que fuerzas y alientos tiene ese pueblo para ello". Su obra en este sentido está ya consagrada.

El Dr. José Peón Contreras, fué hijo de don Juan Bautista Peón y de doña María del Pilar Contreras; nació en Mérida, Yucatán, el 12 de enero de 1843. Se dedicó desde joven al estudio con notable aprovechamiento, pues a los 19 años de edad, se recibió de médico. Un año más tarde, en 1863, se trasladó a la

ciudad de México, volviendo a cursar la carrera de médico cirujano en la Facultad Nacional de Medicina, donde obtuvo una plaza de practicante por oposición en el Hospital de Jesús.



Busto del Dr. José Peón Contreras en el Teatro que lleva su nombre en la ciudad de Mérida

En su ejercicio profesional se dedicó preferentemente a la medicina interna y en especial al estudio de las enfermedades mentales. Fué Director de la Vacuna y en el año de 1867, se le designó Director del Hospital de Dementes de San Hipólito. Desempeñó el cargo de Profesor de Terapéutica en la Facultad Nacional de Medicina y en el año de 1897, inauguró la clase de enfermedades mentales, pues fué el primer Profesor de Psiquiatría, (1) materia que entonces era casi completamente desconocida en México y de la que ningún médico se preocupaba.

Debido a su labor, se reorganizó el Hospital de San Hipólito, se mejoraron las condiciones de asistencia de los enfermos y se hicieron estudios importantes sobre medicina mental.

El Dr. Peón Contreras, fué varias veces diputado y senador de la República y como decía uno de sus biógrafos "sin haberse mezclado mucho en política, sí se afaná por la felicidad de su patria".

Tan ilustre varón, gloria de las Letras y de la Medicina mexicanas, falleció a los 64 años de edad, el 18 de febrero de 1907.

---

(1) Texto del primer nombramiento que se extendió en la Escuela de Medicina de México, para profesor de psiquiatría:

**PORFIRIO DIAZ, PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.**

En uso de la facultad que me concede la fracción II del artículo 85 de la Constitución, he conferido al Dr. José Peón Contreras, el empleo de Profesor de la clase teórico-práctica de enfermedades mentales en la Escuela Nacional de Medicina, con el sueldo anual de \$1200.85, con cargo a la partida 5776 del Presupuesto de Egreso vigente.

En testimonio de lo cual, se le expide el presente despacho para los efectos legales correspondientes.

Dado en el Palacio Federal de México, a veintidós de mayo de mil ochocientos noventa y siete.—Firmado: Porfirio Díaz.—J. Baranda.

A la vuelta, un sello que dice: Secretaría de Relaciones Exteriores, 26 may. 1897. Anotado a fojas 117 del libro respectivo con el número 2128. Con firma ilegible. Otro sello que dice: Contaduría Mayor de Hacienda y Crédito Público, mayo 29 de 1897. Tómesese razón (f) J. S. Ponet de León. Otro sello que dice: Tesorería General de la Federación. México, mayo 31 de 1897. Tómesese razón. El Tesorero General (f) Ev. Aznar. Otro sello que dice: Sría. de Justicia e Instrucción Pública. México, junio 19 de 1897. Tómesese razón. (f) J. N. García. O. M. En la misma fecha se tomó razón a fojas 114 del libro respectivo, con el número 2583. M. de los Ríos (f). Otro sello que dice: Escuela N. de Medicina, 2 jun. 97. México. Tómesese razón (f). Carmona y Valle. En la misma fecha se tomó razón a fojas 22 del libro respectivo. (f) García Ramos.

# MERCUROBROMO-OXIFLUORESCINA SODICA SALUBLE

Laboratorio Químico Senosiain

AV. CHAPULTEPEC, 297

MEXICO, D. F.

UNICOS DISTRIBUIDORES DEL PODEROSO ANTISEPTICO

## MERCUROBROMO-OXIFLUORESCINA SODICA

SAL PURISIMA CONTROLADA QUIMICA Y BIOLOGICAMENTE POR LOS QUIMICO FARMACEUTICOS  
MANUEL PONTONES Y JOSE A. SENOSIAIN

FRASCO DE DIEZ GRAMOS \$1 60

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN  
AV. CHAPULTEPEC, 297  
MEXICO, D. F.

Muy señoras míos:  
Me interesa por la sal MERCUROBROMO-OXIFLUORESCINA y deseo  
se me remita libre de portes una muestra (frasco de 1 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.



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.



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.

# Nuestra Experiencia en 140 Enfermos Tratados por Electropirexia en la "Clínica del Dr. Samuel Ramírez Moreno" ---

Por el Dr. 

---

  
Guido Torres Martínez.

En forma sucinta voy a exponer los resultados que he recogido, así como algunos conceptos de utilidad práctica, en la observación de 140 enfermos tratados con hiperpirexia por diatermia durante dos años.

## I.—CASOS TRATADOS.

De estos enfermos, 132 han sido neurosifilíticos y 8 no neurosifilíticos, como lo indica el siguiente cuadro:

Enfermos Neurosifilíticos 132	}	Formas de Sífilis Neuroepitelial	}	P. G. P. .... 48
				Tabes ..... 12
				Atrofas Ópticas 4
		Formas Vasculoconjuntivas	}	Formas Difusas
				Cerebro-espinales ..... 72

Enfermos no Neurosifilíticos 8	}	Esclerosis en placas .....	4
		Blenorragias .....	4

Las observaciones sobre esclerosis en placas y blenorragia, que incidentalmente hemos recogido, sólo las mencionaremos, pues no son suficientes para formular conclusiones.

En los pacientes tratados, se han hecho aplicaciones de una a tres series, siendo estas series de diez aplicaciones cada una, con intervalo de 4 a 8 días y con duración de 3 a 4 horas; elevando las temperaturas a 40°-41° en cada aplicación. El tiempo total que dura una serie es de 2 a 4 meses. El número de aplicaciones de hiperpirexia que hemos hecho hasta la fecha, es de 2,020 según se ve en el siguiente esquema:

Enfermos tratados.	Núm. de series por enfermo.	Núm. de apli- caciones por enfermo.	Total de series.	Total de aplicacio- nes.
81	1	10	81	810
56	2	20	112	1 120
3	3	30	9	90
140 Total.			<u>202</u>	2 020

## II.—TECNICA Y CUIDADOS EN LA APLICACION.

He ido variando la técnica para perfeccionar el método, buscando principalmente, la mayor comodidad para el enfermo y el mejor efecto en la aplicación. Con tendencia siempre a provocar temperaturas no menores de 40°, para sostenerlas el mayor tiempo posible (de dos a cuatro horas), según las condiciones y resistencia de cada enfermo.

Los primeros electrodos que empleamos, fueron los de lámina de plomo y estaño de gran superficie que se colocaban, uno en la pared anterior y otro en la posterior del tronco, sujetos al cuerpo por un corpiño, poniendo entre el electrodo y la piel una capa de pomada especial fabricada por la casa constructora, pero como dicha pomada era muy costosa, busqué sustituirla con otra

y encontré para el efecto, el glicerolado de almidón simple que puede obtenerse en cualquier botica y que da los mismos resultados.

Posteriormente he venido empleando el nuevo tipo de electrodos de pasta de goma, en la cual está mezclado el metal conductor. Son en número de cinco para que se apliquen a manera de cinturones, uno en el vientre, uno en cada muslo y uno en cada tobillo con el cuidado de que los que van a los muslos, que propiamente son los centrales, estén equidistantes de los colocados en tobillos y vientre. A estos electrodos también se les pone glicerolado de almidón en la superficie que se aplica al cuerpo.

Sus ventajas son entre otras, que elevan la temperatura en menor tiempo, que el miliamperaje se reduce casi a la mitad, pues de 5000 miliamperios que empleábamos antes, sólo son necesarios ahora 3000 ó 3500.

El corpiño que era sumamente molesto para el enfermo porque dificultaba los movimientos respiratorios, ha quedado suprimido y por último, se previenen las quemaduras que eran inevitables en muchos casos con los otros electrodos, a pesar de los cuidados que se tuviesen. Hay que tener en cuenta que son muy soportables y mucho menos molestos para los enfermos.

En todos los casos, procedo antes de la aplicación a tomar la presión arterial de los pacientes, les aplico una inyección de aceite alcanforado de 2 cc. al 20% y les doy algún sedativo, —bromuro, cloral,— a aquellos que están nerviosos. Igualmente administro un purgante o un enema previamente, para que el enfermo tenga el intestino vacío.

### III.—RESULTADOS.

En términos generales, puedo decir que los resultados de este método piretógeno son muy halagadores, especialmente en los enfermos de neurosífilis y de éstos, en los paralíticos generales y en los de formas difusas vasculoconjuntivas, pues en algunos los resultados han sido verdaderamente brillantes, con mejoramiento no solamente clínico, —pues hemos obtenido remisiones completas de los síntomas mentales—, sino también en los resultados de laboratorio, ya que en numerosos casos ha habido considerable reducción de las reacciones, en proporción de un 50% de mejoría y en un grupo muy especial de enfermos, se ha obtenido la desaparición completa de las reacciones luéticas.

En los tabéticos, los resultados aunque muy satisfactorios, han sido menos brillantes que en las otras formas de neurosífilis y como en todos los casos, siempre en relación con el período evolutivo del mal.

Los pacientes con atroñas ópticas, cuya comprobación de los resultados ha sido hecha por oculistas, que periódicamente han verificado exámenes de fondo de ojo, han revelado alguna mejoría; en dos, aumento del campo visual y en el resto, detención en la marcha de la atrofia.

En las blenorragias los resultados han sido variables, en uno, se obtuvo la curación radical de la enfermedad y en los otros tres, sólo mejorías francas, tal vez porque el número de aplicaciones fué insuficiente.

Hemos empleado como medicación asociada, el tratamiento específico por el bismuto en la misma forma que en los pacientes tratados por malarioterapia.

Con relación a esto, debo advertir que muchos de nuestros resultados no son obtenidos exclusivamente con este método, pues también lo hemos usado complementariamente a la paludoterapia, en los casos en que ésta no ha sido suficiente para mejorar a los enfermos. En estos tratamientos asociados, los efectos han sido muy provechosos.

#### IV.—INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES Y ACCIDENTES.

La principal indicación que tiene este método es desde luego en el tratamiento de la neurosífilis, cualquiera que sea su forma, como ya lo hemos señalado (1) y además en la esclerosis en placas y en algunos padecimientos mentales.

Aunque teóricamente está contraindicado en los cardíacos, debilitados, caquéticos, así como en los enfermos con padecimientos muy avanzados o graves, sin embargo, nosotros lo hemos empleado en casi toda clase de sujetos, como en ancianos, agotados y niños y aun en un enfermo de tuberculosis pulmonar abierta con focos de reblandecimiento en plena evolución, sin que

(1) Dr. Guido Torres Martínez.—Piretoterapia por Diatermia en la Neurosífilis.—Tesis Recepcional.—1933.

hayamos anotado ningún accidente, si bien es cierto que en esta clase de pacientes hemos extremado los cuidados y vigilancia. Solamente tenemos que lamentar una extensa quemadura de 2º grado del hemitórax derecho que fué debida a imperfección en la técnica y algunas otras de menor importancia por la misma razón. Pero podemos asegurar que este método bien conducido no ofrece ningún peligro y aun puede aplicarse en casos delicados en que cualquier otro estuviese excluido.

Durante mi experiencia se me ha presentado un solo caso en el que no fué posible que el enfermo fuera tratado por el procedimiento, a pesar de que se insistió dos veces; en la primera a partir de 38° se le presentó marcada congestión cefálica, obnubilación mental y sopor que desapareció hasta dos horas después de descender la temperatura, por lo que fué necesario suspender la aplicación y poner compresas de agua helada y bolsas de hielo en la cabeza; se insistió segunda vez con el mismo efecto, llegando a convencerme de que el método no estaba indicado en el enfermo. Se le inoculó paludismo que alcanzó temperaturas superiores a 40° e igualmente venía congestión cefálica, pero no tan marcada como con la diatermia, siendo posible que se le permitieran 10 accesos febriles; posteriormente a su tratamiento, se observó regresión marcada de su enfermedad.

En ningún otro enfermo he encontrado contraindicación seria de este método y he llegado a la conclusión de que sus resultados, son muy favorables en el tratamiento de las neurosífilis, con la ventaja de que tiene más extensa aplicación que las otras formas de piroterapia.



## Un Caso de Cirugía Es- tética Ante el Criterio de un Médico Legista. —

Por el Dr. \_\_\_\_\_  
Alberto LOZANO GARZA.

En los renglones que vienen encontrará el lector un dictamen que hubo de confeccionar el firmante, por razones de mucho peso, en el caso de la señora que en los mismos se menciona. Parece que su lectura puede interesar a los señores médicos, jóvenes en su mayoría, que en nuestro país comienzan a practicar la Cirugía Estética, especialidad que para algunos jurisperitos se halla al margen de la Ley, en el Sector del Código Penal, contiene algunos mandamientos harto explícitos, aunque obsoletos en grado sumo.

Del interrogatorio que al suscrito se le presentó hace apenas algunas semanas, para su solución, y cuyos elementos se encuentran escalonados en la contestación infrascrita, es fácil saber para los susodichos médicos, cuáles pueden ser las demandas de sus operados, sobre todo en los casos no felices, y así, ir organizando las necesarias defensas de su legítimo trabajo. Pasemos ahora al dictamen.

El Médico Cirujano, que suscribe, legalmente autorizado para ejercer, con título registrado en el Departamento de Salubridad Pública, bajo el número 1147 y designado perito por la señora N. N., contesta en las líneas que siguen, el interrogatorio propuesto acerca del caso quirúrgico de la expresada señora, que fué operada en la cara por persona que el firmante ignora, con fines estéticos:

Para dar cima a su labor, el suscrito, procedió al examen de un retrato de la aludida, obtenido antes de la intervención qui-



rúrgica; interrogó a la misma acerca del estado de su cara antes de ser operada, lo mismo que acerca de los detalles de la técnica operatoria aplicada en su caso; y examinó directamente las regiones sobre las cuales recayó la acción del cirujano.

Por medio del examen de la fotografía, se advierte, en relación con los puntos que comprende el interrogatorio mencionado, que la señora N. N. con apariencia como de 38 años de edad, poseía una cara ovalada, totalmente simétrica, con prolapso ligero de la piel de los carrillos, con escasa exageración del surco nasogeniano y con segunda barbilla apenas apreciable.

Por medio del interrogatorio se viene al conocimiento: de que la fotografía antes citada no tenía retoque, y que por lo mismo, los datos que proporciona, ya anotados, son fidedignos; de que para corregir los detalles antiestéticos arriba referidos, un cirujano practicó, previa anestesia local, dos operaciones el día 20 de junio del presente año, consistentes en incisiones temporariauriculares bilaterales, con resección de piel y sutura inmediata con hilos de seda; de que en los primeros días subsiguientes a la operación, la señora N. N. sufrió de dolores intensos de la cara toda, de edema muy pronunciado de dicha región, particularmente de los párpados, y de fiebre elevada, que por un largo espacio se mantuvo a la altura de 40°; de que los puntos de sutura se quitaron como al décimo día, ya muy tirantes, y tras de haber señalado pequeños surcos perpendiculares al trazo general de la incisión; de que hubo al principio escurrimiento amarillento (seroso) por la herida, purulento (escaso) más tarde, y nuevamente seroso, después, hasta hace muy pocos días, en que se formaron unas cuantas costras; de que dichas dos operaciones las llevó a cabo el cirujano, en su consultorio, con sus manos desnudas, sin prescindir de algunos pequeños menesteres incompatibles con la asepsia, como la toma repetida, con la mano, del aparato telefónico; de que hubo necesidad de practicar una operación más, igualmente previa anestesia local, para hacer desaparecer la segunda barbilla, que no suprimieron las anteriores intervenciones, el día tres de julio del año en curso, consistente en incisión transversal y curva y submentoniana, con resección de piel y sutura inmediata con puntos de seda; y de que estos últimos fueron extraídos, unos, por parte del operador, el 13 de julio, y los otros, por no quererlos retirar el operador, algunos días más tarde, por parte de otro médico.

Por medio del examen directo de la señora N. N., se aprecia: que el prolapso de la piel de los carrillos y la exageración de los surcos nasogenianos están parcialmente corregidos; que el óvalo de la cara ha perdido su simetría, por hipercorrección relativa (en comparación con el lado izquierdo) del prolapso del lado derecho; que la segunda barbilla ha desaparecido también parcialmente; que las cicatrices temporoperiauriculares, colocadas bastante adelante de las implantaciones de los pabellones respectivos, de color rojo vinoso, un tanto cuanto sinuosas, formando relieves de altura variable en los diversos puntos de su recorrido sobre la piel vecina, con las huellas de algunos de los puntos de sutura muy visibles, anchas hasta de un centímetro en algunas partes, duras a la palpación, reposando sobre base rígida y subcutánea, más ancha aún y poco móvil, tienen los caracteres "queloídianos" y no poseen los de la invisibilidad, siquiera relativa; que de los lóbulos de la oreja, el izquierdo se encuentra como antes, libre, no así el derecho, que lo ha pegado y atraído hacia abajo la cicatriz queloídiana correspondiente; que la cicatriz operatoria de la segunda barbilla se prolonga hacia cada uno de sus extremos por una horquilla sulciforme, en la inteligencia de que los surcos del caso no son siquiera simétricos, porque la incisión operatoria no correspondió exactamente, como debía, al surco submentoniano; y que la elevación de la cara no es posible sin el detalle antiestético y funcionalmente peligroso para las vías respiratorias, de la apertura amplia de la boca, determinada por la tracción de la cicatriz, que empieza a tener, siguiendo el camino de las otras dos, los caracteres queloídianos.

Hechas las anteriores explicaciones se puede ya contestar el interrogatorio propuesto.

A la primera pregunta, que dice: ¿Existe alguna operación quirúrgica destinada a CORREGIR ESTETICAMENTE la flaccidez de la piel de la cara con exageración de los surcos nasogenianos?, se responde: Sí existe, y estriba en practicar incisiones temporoperiauriculares, sobre el pelo, hacia arriba, y en el surco preauricular o periauricular, hacia abajo, seguidas de resección cutánea proporcionada a las necesidades, y de SUTURA ESTETICA, consistente esta última, principalmente, en no hacer salir los puntos de sutura, a distancia de los labios de la herida.

A la segunda pregunta, que dice: "¿Estaba tal operación indicada en el caso de la señora N. N.?", se contesta: Sí lo es-

tsba, a juzgar por lo que muestra la fotografía anterior a la operación, y por lo que aún puede observarse, todo ello explicado en renglones anteriores y juzgado desde un punto de vista únicamente estético.

A la tercera pregunta, que dice: "¿Fué dicha operación la que se le practicó a la señora de N. N?", se contesta: Sí, por cuanto hubo incisión temporoperiauricular, resección cutánea y sutura inmediata; NO, por cuanto tal incisión no recayó EXACTAMENTE donde debía (operaciones como éstas tienen que ser MUY EXACTAS) sobre todo hacia abajo, esto es, en el surco periauricular, sino fuera de él y por cuanto la resección cutánea NO FUE PROPORCIONADA A LAS NECESIDADES (de un lado el derecho, provocó un hundimiento,) y por cuanto las suturas se ejecutaron dando salida a los hilos a cierta distancia de los labios de la herida quirúrgica.

A la cuarta pregunta, que dice: "¿Se logró en el caso de la señora de N. N. el buen éxito que pudo y debió obtenerse de tal operación quirúrgica?" se contesta: NO, dadas la gran visibilidad de las cicatrices temporoperiauriculares, la asimetría de los carrillos y el descenso y adherencia del lóbulo de la oreja derecha.

A la quinta pregunta, que dice: "¿A qué se deben, lo subido del color, lo ancho, lo alto, lo irregular y lo tieso, en suma, los caracteres queloidianos de las cicatrices temporoperiauriculares de la señora de N. N?" se contesta: A varios factores, a saber: la tensión de las suturas aplicadas a las heridas; la infección ligera de las mismas y la "diátesis queloidiana".

A la sexta pregunta, que dice: "¿Está al alcance del cirujano suprimir los factores queloidógenos enumerados hace un momento?", se contesta: Sí, por lo que hace a los dos primeros. Proporcionando la resección cutánea única o practicando pequeñas resecciones sucesivas, se evita la mucha tensión de las suturas, aparte de tomar la precaución de no apretar mucho éstas, al ponerlas. Con una técnica verdaderamente aséptica, se puede suprimir el factor séptico, no operando sino a personas cuyo estudio clínico previo muy cuidadoso, permita afirmar la ausencia de enfermedades predisponentes. Por lo que hace a la llamada "diátesis queloidiana", también puede suprimirse mediante tratamiento específico, si intervienen la sífilis o la tuberculosis; nó, si no hay tal origen, esto es, si se trata de la "diátesis queloidia-

na" propiamente dicha, tanto, que algunos especialistas, una vez diagnosticada aquella diátesis, prefieren no operar.

A la séptima pregunta, que dice: "¿Puede científicamente considerarse como de buena técnica quirúrgica, desde el punto de vista de la asepsia, el practicar una operación en un simple consultorio?", contestamos: NO, por las dificultades que se encuentran hasta para practicar allí el simple aseo, en medio de las múltiples instalaciones de que consta todo consultorio médico.

A la octava pregunta, que dice: "¿Es de buena técnica aséptica, en caso de operación aséptica, como debió ser la de la señora N. N. operar con las manos sin guantes esterilizados?", se contesta: en la actualidad y en nuestro medio, dadas la facilidad de la obtención de los guantes y la llaneza de su esterilización, no procede científicamente, semejante **modus fasciendi**.

A la novena pregunta, que dice: "¿Es de buena técnica quirúrgica, que el cirujano, durante una operación aséptica, esté efectuando maniobras sucias, como asir el aparato telefónico?", se contesta: NO, porque aparte de perderse la asepsia antes obtenida para las manos, si se repiten las operaciones aseptizantes de las mismas, por lo menos las heridas quedan expuestas más tiempo a los gérmenes exteriores.

A la décima pregunta, que dice: "¿Se puede atribuir la infección que sufrieron las heridas de la señora N. N., a las apuntadas faltas de asepsia?", se contesta: Por lo menos es indemostrable que en otros dominios radique la causa de tal infección, especialmente en el del estado general de la señora, que no fué suficientemente examinada antes de operarse.

A la décimaprimer pregunta, que dice: "¿Pudo diagnosticarse en la señora N. N. la "diátesis queloidiana", antes de ser operada, y por lo tanto, evitarse lo deforme y lo visible de sus cicatrices temporopropiauriculares?", se contesta: SI, practicando por ejemplo, la prueba preoperatoria que recomienda Passot, consistente en inferir quirúrgicamente una pequeña herida, y observar la evolución de la cicatrización; y estudiando a la paciente, especialmente desde los puntos de vista de la tuberculosis y de la sífilis.

A la décimasegunda pregunta, que dice: "¿Existe igualmente una operación quirúrgica destinada a corregir la saliente de la segunda barbilla?", se contesta: Sí, y comprende la prác-

tica de una incisión curva, transversalmente dirigida, sobre el surco submentoniano, seguida de resección cutánea y de sutura estética.

A la décimatercera pregunta, que dice: "¿Es la operación que acaba de describirse, la que se le practicó debajo del mentón a la señora N. N.?", se contesta: Sí, en lo general, pero NO, en lo particular, pues por una parte como ya se explicó en palabras precedentes, la incisión no recayó exactamente en el surco submentoniano, y por otra, los puntos de sutura se aplicaron en la forma que se usó en las otras operaciones.

A la décimacuarta pregunta, que dice: "¿Se alcanzó con esta última operación el buen resultado que pudo y debió obtenerse?", se contesta: NO, por cuanto la cicatriz, aunque oculta de manera aceptable, se prolonga, por cada uno de sus extremos, por dos plieguecillos asimétricos, ajenos a la forma normal de la cara; y por cuanto la misma cicatriz, también queloidiana, obliga a la interesada a tener constantemente flexionado el cuello, so pena de abrir impropriamente la boca.

A la décimaquinta pregunta, que dice: "¿Las cicatrices queloidianas que deforman el rostro de la señora N. N., son perpetuas?", se contesta: Sí. La experiencia clínica tiene demostrado, desde hace mucho tiempo, que abandonadas a su evolución natural, no desaparecen nunca las cicatrices queloidianas, al contrario, más bien tienden a crecer.

A la décimaquinta pregunta, que dice: "¿Las cicatrices bor del operador de la señora N. N. debe calificarse, desde el doble punto de vista estético-médico, como contraproducente, precaria, buena, muy buena o excelente?", se contesta: COMO CONTRAPRODUCENTE, por las circunstancias, lo repetimos, de la asimetría de los carrillos, la asimetría de los lóbulos de las orejas debida al descenso y adherencia de uno de ellos, la gran visibilidad de las cicatrices temporoperiauriculares (anchas, rojas, levantadas e irregulares), la existencia de dobles pliegues asimétricos a los lados del mentón y la imposibilidad de levantar la cara sin abrir la boca.

A la décimaséptima pregunta, que dice: "¿Existe algún tratamiento médico-quirúrgico para hacer desaparecer las cicatrices queloidianas como las que tiene actualmente la señora N. N.?" Se contesta: La extirpación quirúrgica, precedida, según Passot, (uno de los creadores de la cirugía-estética) de trata-

miento específico, y seguida de una buena sutura inmediata y de radiumterapia ulterior (también puede ésta usarse como agente preoperatorio) puede, (póngase atención en que decimos "puede") acabar con el queloidismo.

A la décimoctava pregunta, que dice: "¿El tratamiento que se acaba de mencionar es breve o de larga duración?" Se contesta: Por lo general se requiere un tiempo variable entre unas cuantas semanas y unos pocos meses, para obtener la curación, cuando ésta ha de venir.

El subscripto protesta haber procedido conforme a su leal saber y entender, al formular el presente dictamen.



# NOTAS SINTETICAS.

Por el Dr. \_\_\_\_\_

Juan Peón del Valle.

## NUEVAS APORTACIONES AL ESTUDIO DE LAS TOXICOMANIAS.

En el trabajo que con este título publica el Dr. Juan Soler, en el "Boletín del Asilo de Alienados en Oliva", Córdoba, Rep. Argentina, año II, Núm. 5, Sept. de 1934, expone conceptos que demuestran que por fin ya los especialistas están llegando a un acuerdo perfecto en lo que se refiere al criterio con que debe ser considerado este asunto. Estamos preparando un trabajo en el que exponeremos lo hecho en México y lo que aquí se piensa de la narcomanía, pero podemos anticipar que el internamiento prolongado de estos psicópatas constitucionales y su paso posterior a granjas agrícolas o semejantes, es algo que siempre hemos propugnado, como puede verse también en nuestra aportación "Algunos Aspectos de la Actual Lucha contra la Toxicomanía en México" y publicada en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, en abril de 1933.

## LA HEMATOPORFIRINA EN LA MELANCOLIA.

En casi todos los estados depresivos en los cuales han aplicación inyecciones de hematóporfirina, han obtenido muy buenos resultados Hühnerfeld, Hartmann, Weismann, Becker y Giehm. ("Los Tratamientos Actuales", Madrid, año IV, Núm. 9, septiembre 1934).

## EL REFLEJO DE LOS DEDOS DEL PIE EN EL NIÑO.

El reflejo de los dedos del pie, parecido al signo de Babinski, consiste esencialmente, dicen A. Malherbe y R. Vilenski (Acade-

mia de Medicina de París), en una extensión del dedo gordo con separación simultánea de los otros dedos en forma de abanico. Los autores lo han encontrado en un gran número de niños sordomudos y también en niños pequeños normales en los primeros días o en el transcurso de una otitis media, ya por existir espontáneamente, ya por aparecer consecutivamente a una presión ejercida en un cierto punto de la región posterior del cráneo. Este punto de presión corresponde a la intersección de tres suturas: lambdoidea, occípitomastoidea y parietomastoidea, es decir, al nivel de la fontanela lateral posterior. Este punto se encuentra en el niño ya crecido en la intersección de una línea que va desde la punta de la mastoidea al vértex y de la horizontal que pasa por el vértice del pabellón de la oreja. En el lactante, este punto debe ser buscado un poco más abajo y atrás.

El fenómeno de los dedos del pie es cruzado para el oído enfermo y homolateral para el oído sano del mismo individuo. En muchos casos es necesario, para hacerlo aparecer, ejercer una presión prolongada en el punto de elección. Puede presentar algunas variedades: extensión del dedo gordo con separación simultánea de los otros dedos; extensión del dedo gordo y flexión de los demás dedos; extensión poco acentuada con gran separación de los dedos.

Los signos de otitis son en el niño muy pequeño, a veces nulos y otras muy poco marcados. Los autores han encontrado estos signos en todos los niños de menos de dos años afectados de un proceso auricular, cualquiera que fuera la forma de la otitis, con menor frecuencia en los niños de dos a cinco años y más raras veces en los que han rebasado los seis. Anestesiado el enfermo, este reflejo existe en su forma típica, en tanto que en el estado de vigilia es a veces más difícil de interpretar y ello hasta cinco o seis años en casi todos los casos de otitis media no perforada. Cuando el oído supura, el reflejo existe casi siempre cuando hay retención y cuando la fetidez del pus indica la participación ósea. En los casos de mastoiditis, puede existir con muy pocos e incluso ningún signo clínico. ("Le Monde Médical", Octubre 1934).

### ACCIDENTES DEL BARBITURISMO.

Eduardo Fabre, médico de Saint-Sulpice-la-Pointe, pasa revista a los accidentes causados por la intoxicación con los deri-



vados de la malonilurea ("Le Monde Médicale", octubre 1934), y habla de las complicaciones raras, como las mialgias y las hemiplejias transitorias; de las frecuentes, como los accidentes broncopulmonares y cardiovasculares, y, finalmente, de las toxidermias barbitúricas, que divide en tres grupos: accidentes anafilácticos, accidentes biotrópicos y accidentes tóxicos. Después se refiere a "un accidente poco conocido del barbiturismo", observado de su trabajo, y publica dos observaciones clínicas. Lo describe así: El comienzo tiene lugar por una mancha equimótica recubierta de una ampolla epidérmica; pasa después por la fase de flictena, escara y curación; tiene lugar en las regiones de frotaamiento y es más frecuente en la intoxicación aguda que en la crónica.

### NEUROTOMIA DEL TRIGEMINO.

En la "Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer", año II, Núm. 11, noviembre 1934, leemos un resumen bibliográfico por el Dr. Abel Ramiro Moreno, referente al trabajo del Dr. Petit Dutailis, aparecido en el "Journal de Chirurgie", París, Tomo XLIV, Núm. 3, sept. 1934, y titulado: "Técnica y Resultados de la Neurotomía Yuxtaprotuberancial del Trígémino por Vía Posterior (Método de Dandy)". Uno de los párrafos dice lo siguiente (y recomendamos la lectura del resumen completo):

La superioridad de la técnica de Dandy sobre la neurotomía retrogaseriana clásica, la resume en los cuatro puntos fundamentales siguientes: Ausencia de la queratitis. Desaparición completa de los dolores, sin trastorno marcado de la sensibilidad de la piel o de las mucosas, en caso de hacer sección parcial. Posibilidad de respetar seguramente la raíz motora. Y posibilidad, en fin, de quitar el tumor que cause la neuralgia.

### EL SIGNO DE BILLARD EN EL DISTRITO FEDERAL.

El interesante estudio médico-legal que presentó como tesis recepcional en la Facultad de Medicina de México, J. Jesús Olivo Higareda, conduce al autor a las siguientes conclusiones:

1º—El signo de Billard, constituido por el tabicamiento óseo de los alvéolos maxilares, se encuentra invariablemente en ambos lados del maxilar inferior, en los fetos a término, también aquí como en los fetos de otros lugares en los que se ha buscado.



PIEZA ÓSEA DE SIETE MESES

2º—Se encontró en estos fetos en número de cuatro tabiques óseos a cada lado, delimitando cinco alvéolos.



PIEZA ÓSEA DE NUEVE MESES

3º—Es un signo de madurez fetal que puede por sí solo orientar el criterio pericial, cuando se trata del examen de huesos aislados.

4º—En una demostración pericial de madurez fetal, el signo de Billard es un elemento probatorio que, conjuntamente con los



PIEZA OSEA PROVISTA DE LAS PARTES BLANDAS

demás elementos de juicio, inclinan el criterio del perito, y que en casos de duda, sirve para decidir la cuestión.

5º—Su existencia debe ser investigada en todos los casos de autopsias de fetos o niños recién nacidos.

#### SINDROME NARCOLEPTICO DE GELINEAU.

Eugene Wenderowic considera el origen exógeno, como las narcolepsias de la encefalitis epidémica, de la malaria (Imbert), de la esclerosis diseminada (Rosenfeld), de los traumatismos (Lhermitte) y agrega la post-vacunal; el origen endógeno lo considera dudoso, basado en los casos de Hoff, Bauer, Ballet, Westphal y Tkatcheff. Para hablar de síndrome de Gelineau, entiende que tiene que haber narcolepsia y catalepsia, siendo la cataplexia acompañada de la conservación neta de la conciencia. El criterio hereditario se admite cada día menos. ("Sur l'Étiologie du Syndrome Narcoleptique de Gelineau", Eugenio Wenderowic. "L'Encephale", París, Núm. 7, año XXIX, julio 1934. "Revista de la Policlinica de Caracas", Venezuela, octubre 1934, Núm. 18).

#### TENSOFOBIA Y PSICOTERAPIA DEL HIPERTENSO.

Mariano J. Barilari, en la "Revista Médica Latinoamericana", año XIX, Núm. 226, julio 1934, Buenos Aires, hace una be-

La exposición de la psicología dinámica (Bergson, Freud, Adler, Jung, Bleuler, Stekel) y se inspira grandemente en su maestro Krehl. El estado de tensión ansiosa y emotiva del enfermo es suficiente para aumentar la tensión arterial sobre la cifra que habitualmente muestra el hipertenso, invocando para ello el mecanismo indirecto de la vía de la hipersecreción glandular, la cual, modificando el metabolismo del individuo, actúa sobre los centros diencefálicos y el sistema vegetativo. Con Bleuler aconseja: "Cuanto de orgánico y cuanto de psíquico. Y al planear un tratamiento, tratemos de armonizar el somático con el psicomoral".

Define la tensofobia así: "El pensamiento parasitado en la subconciencia realiza su labor lenta y constante, hasta llegar a adquirir proporciones tales, que el paciente vive en una angustia y ansiedad constante. Tal es el caso de las obsesiones de los hipertensos que llegan a transformarse en verdaderas fobias".

Utiliza el método de Hirschlaff de "entrenamiento autógeno", basado en el viejo procedimiento hindú de la relajación neuromuscular. El autor en los casos serios de psiconeurosis lo lleva hasta la hipnosis sedante o balsámica.

Por último, el cardiólogo, en esas condiciones, debe asesorarse de un psiquiatra experto para aplicar el método de la hipnosis, para dosar su intensidad y redactar la sugestión. ("Revista de la Policlínica de Caracas", id.)

Nos interesaría saber qué opina a este respecto nuestro eminente cardiólogo Ignacio Chávez.

### MENINGITIS AGUDA ASEPTICA.

Henry R. Viets y James W. Watts, en "The Journal of Nervous and Mental Disease", Vol. 880, Núm. 3, sept. 1934, piensan que en vista del cuadro meningítico antes llamado seroso, idiopático, benigno, etc., debe optarse por el término empleado por Wallgren en 1925, anotado arriba.

El principio no es muy violento, la cefalalgia es el primer síntoma, después vómitos y fiebre moderada. Las complicaciones son raras. Las secuelas, excepcionales.

El examen repetido del líquido céfalo-raquídeo presenta una pleiocitosis que varía de 50 a 750 por mm<sup>3</sup>. El examen diferencial arroja un porcentaje elevado de linfocitos, principalmente

en los casos benignos. En los casos graves al linfocito se agrega un número importante de polinucleares, lo cual interpretan los autores como señal de un pronóstico sombrío. La albúmina total está ligeramente aumentada. El contenido de glucosa y de cloro sirve para el diagnóstico con la meningitis tuberculosa, ya que en la aséptica aguda ambas sustancias permanecen entre los límites normales. Las curvas del oro coloidal precipitan en la zona meningítica.

La curación tiene lugar en un período de tres a seis semanas. La experimentación nada ha avanzado y sólo sirve para catalogar el proceso por exclusión. Knauer en córnea escarificada del conejo coloca L. C. R. con resultado negativo y concluye que el virus de la encefalitis no es la causa. Du Bois, por sus experiencias, concluye que es una lesión generalizada del Sistema Retículo-Endotelial.

Cruickshank discute dos casos de Gower, desde el punto de vista de una "forma abortiva o meningítica de la Poliomiélitis", lo cual no aceptan los autores del trabajo.

Eckstein inyecta tres L. C. R. estériles en los medios de cultivo, en la cisterna magna de tres monos; dos de ellos no presentaron lesiones, y el tercero presentó pleiocitosis a polinucleares y linfocitosis; la inyección del L. C. R. de este mono reprodujo análogos cambios en un cuarto mono; el examen histológico demostró una meningomielitis no purulenta de la porción cervical de la médula. Estas experiencias son únicas en la literatura y están sujetas a comprobaciones. ("Revista de la Policlínica de Caracas", id.)

Viets y Watts consideran que se trata de una entidad clínica definida, con agente desconocido, sin relación alguna con las otras entidades nosológicas conocidas. Yo pienso que quizás tenga algo que se relacione con la confusión mental sobreaguda, pues en esta enfermedad, que sólo se distingue por la gravedad, la autopsia ha demostrado solamente congestión meníngea o cuadro meningítico, y los exámenes de L. C. R. en todos los casos han sido semejantes a los del padecimiento tratado arriba, tanto en los benignos como en los de término letal. En cuanto a la calificación de "aséptica" a estas meningitis, parece aventurada, y, si bien se aleja bastante de otras meningitis infecciosas, tampoco estamos seguros que sea tóxica; llamémosla Meningitis

Aguda Criptotóxica o Meníngitis Aguda Criptogenética; hay que pecar de humildes y no de presuntuosos o prejuiciosos.

### PARALISIS OCULO-MOTORA DE ORIGEN DENTARIO.

Es una observación que viene a enriquecer la extensa literatura de la teoría de la infección focal sostenida por Rosenow. Se trata de una múltipara que después del último parto tuvo dolor de la región frontal izquierda con pesantez del párpado correspondiente, síntomas que luego se acentuaron provocando una completa caída del párpado sin poder abrir el ojo. Examinada desde el punto de vista sífilis y no encontrando indicios de esta enfermedad ni de otras que explicaran la ptosis palpebral, el autor pensó en los dientes y al efecto el dentista encontró varias piezas con lesiones muy avanzadas, las cuales fueron tratadas con extracciones que pusieron fin a la enfermedad. ("Rassegna Clínico Científica", Milán, Italia, agosto 1934.)

### SOBRE LA MEDICINA SOVIETICA.

Leemos en el "Boletín Médico de Chile", Valparaíso, sept 1934, Año X, Núm. 323, un artículo del Dr. F. Montaña, de Barcelona, que se deshace en elogios sobre los "progresos" de la medicina soviética. No cabe duda que en algunas ramas de las ciencias médicas y biológicas están bien en la antes llamada Rusia y hoy Unión de Repúblicas Soviéticas, pero nos gustaría saber si la higiene mental ha salido ganando, cuando sería lo más necesario en aquel medio.

### EPILEPSIA Y SUICIDIO.

En el interesante trabajo así titulado y aparecido en la "Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal", de Buenos Aires, Año XX, Núm. 124, jul-ag. 1934, los Dres. Osvaldo Loudet y Luis Martínez Dalke, llegan a las siguientes conclusiones:

1<sup>a</sup>—En el carácter epiléptico nosotros distinguimos tres tipos: el "tipo inerte" el "explosivo" y el "mixto".

2<sup>a</sup>—En la neurosis epiléptica el verdadero suicidio es más común en el tipo inerte, que se caracteriza por un fondo depresivo y su mecanismo es el de la impulsión consciente y mnésica.

3<sup>a</sup>—En las psicosis epilépticas el suicidio es relativamente raro. La forma clínica más común que lleva al suicidio es la melancólica.

4<sup>a</sup>—Es necesario diferenciar los suicidios, de los pseudosuicidios o muertes accidentales, que abultan y falsean las estadísticas.

5<sup>a</sup>—En 182 casos de alienadas epilépticas del Hospital Nacional de Alienadas, se han catalogado 25 actos de carácter eliminatorio. No computando los que consideramos como pseudosuicidios (impulsiones inconscientes), el porcentaje queda reducido al 7%.

### LO QUE EN PEDIATRIA SIGNIFICA LA SUCCION HABITUAL DE LOS DEDOS.

En la LIV Reunión de la Sociedad Mexicana de Puericultura, Agosto 4 de 1934, fué presentado, y en la "Revista Mexicana de Puericultura", tomo IV, Núm. 46, agosto de 1934, fué publicado, un trabajo del eminente pediatra Dr. Alfonso G. Alarcón, con el título arriba anotado. Es la interpretación más lógica y que más satisface, aunque no seguramente a los freudianos. Está hecha con talento, con criterio clínico, fisiológico y pediátrico, y recomendamos su lectura íntegra a los psiquiatras. En la imposibilidad de reproducir todo el trabajo, anotaremos las consideraciones finales, pero conste que es sólo con carácter informativo; no deben ser juzgadas sin haber leído el estudio completo, erudito y fundado como el que más:

1<sup>o</sup>—La succión del pulgar por el recién nacido es un fenómeno fisiológico que corresponde al ejercicio de un reflejo instintivo de nutrición.

2<sup>o</sup>—La succión tenaz y prolongada del pulgar o de cualesquiera de los otros dedos o partes del cuerpo, constituyen una tendencia viciosa en el niño, que significa condición patológica del tono muscular.

3<sup>o</sup>—Cada forma de succión digital corresponde a un grado distinto del tono, desde la succión sencilla del pulgar, hasta las formas extrañas e incómodas que exigen actitudes forzadas.

4<sup>o</sup>—La hipertonía muscular generalizada que rebasa el umbral fisiológico, es un signo de la acentuación y la persistencia anormales de las insuficiencias fisiológicas piramidal y simpática, que son, unidas, la causa del hipervagotonismo en el recién nacido y el lactante.

## AGRADECEMOS.

El envío de tres interesantes trabajos del Profesor Dr. Honorio Delgado, eminente catedrático de Psiquiatría y Neuropatología de la Universidad Mayor de San Marcos, en el Perú: "La Nouvelle Psychologie Spirituelle", publicada en "Scientia", la conocida publicación internacional editada en Italia; "Demencia Mental Senil y Analfabetismo", modelo de dictamen médico-legal, publicado en Buenos Aires, como la anterior, en 1933; "A Vida e a Obra de Freud", traducción portuguesa, por el Dr. Neves-Manta, que la prologó, editada en Río de Janeiro, 1933.

Recibimos también el folleto del ilustre Presidente de la Liga Peruana de Higiene Mental y Director del Hospital "Víctor Larco Herrera", el Dr. Baltazar Caravedo, de Lima. Esperamos que encuentre eco en México, la noble idea de las Ligas de Higiene Mental que ya fructifican en casi todos los países civilizados.

### EL MAESTRO OCARANZA, RECTOR DE LA UNIVERSIDAD.

No hace mucho felicitábamos a los estudiantes de medicina por tener de nuevo al frente de la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas, al Dr. Fernando Ocaranza. Hoy el Consejo integrado por profesores y alumnos de la Universidad Autónoma de México, lo ha designado como Rector para el actual período. No se fijaron ahora en el gran fisiólogo, en el prestigiado médico, en el ilustre historiador: confiaron sus destinos en el universitario, en el Maestro. Es un nuevo motivo de placer tan atinada elección.

### PRIMERA ASAMBLEA NACIONAL DE CIRUJANOS.

Del 18 al 24 de noviembre tuvo verificativo la Primera Asamblea Nacional de Cirujanos, organizada por la Sociedad de Cirugía del Hospital Juárez, bajo los auspicios de la Beneficencia Pública.

Por si no lo estaba ya sobradamente, de nuevo quedó demostrado que en Cirugía México va a la cabeza. Las sesiones de las Actividades Científicas, abarcaron las siguientes secciones: 1 Anestesia, 2 Terapéutica pre y post-operatoria, 3 Neurocirugía, 4 Otorrinolaringología, 5 Oftalmología, 6 Cirugía Estética, 7 Cirugía del cuello y del tórax, 8 Huesos y Articulaciones, 9 Vías Digestivas, 10 Ginecología, 11 Cirugía Obstétrica, 12 Vías



Urinarias, 13 Cirugía de Guerra y de Urgencia, 14 Pediatría Quirúrgica, 15 Radiología, 16 Enseñanza y Ejercicio de la Cirugía.

Se dió amplia publicidad a las sesiones, y el Sindicato de Médicos Cirujanos del Distrito Federal, tuvo una oportunidad semejante a la del Congreso de Profesionistas, para combatir a los homeópatas, quiroprácticos y demás charlatanes. Entre las Actividades Para-quirúrgicas se desarrollaron las siguientes ponencias: 1 La Asistencia Social como función de Estado, 2 ¿Cuáles son las características de la educación del cirujano?, 3 Cómo ha desarrollado la Beneficencia Pública en el Distrito Federal su programa médico-social, 4 La Beneficencia Pública en el D. F. y la Asociación Nacional de Hospitales, 5 El Cirujano y las Bellas Artes, 6 El Cirujano y la Homeopatía, 7 El Cirujano y el Código Penal, 8 Reglamentación de la indigencia en los servicios del Estado, 9 El Periodismo diario y el ejercicio de la Cirugía, 10 Responsabilidad del anestesista en las intervenciones quirúrgicas.

También tuvieron esplendor las Actividades Sociales y las Actividades Deportivas.

#### **EL DR. AYALA GONZALEZ EN SALUBRIDAD PUBLICA.**

El nombramiento del Dr. Abraham Ayala González, como Jefe del Departamento de Salubridad Pública, del que hace algunos años era Secretario General, fué recibido con unánime aplauso. El notable médico y gran cirujano se ha rodeado de distinguidos colaboradores, muy queridos y respetados por todos, como son los Dres. Edmundo Azcárate, Ernesto Cervera, Ignacio Chávez, Rodolfo Ayala, Ignacio González Guzmán, Gustavo Argil, para citar algunos. Es actual Secretario General, el Dr. Aquilino Villanueva, quien ya desarrolló meritisima labor cuando fué Jefe del Departamento.

#### **LA MUERTE DE CAJAL.**

No hemos de hacer ninguna nota biográfica de don Santiago Ramón y Cajal: tan esclarecido varón y formidable hombre de ciencia es ampliamente conocido; no hemos tampoco de insistir en la pena por su fallecimiento: absurdo sería que médicos y

neurólogos no lamentaran su muerte, cuando todos los españoles, todos los hispanoamericanos y todos los hombres de estudio del mundo entero, han admirado y querido al sabio zaragozano. La muerte de Cajal ha sido motivo de que academias, sociedades y publicaciones se ocupen del más grande de los histólogos españoles y uno de los más grandes técnicos de la anatomía microscópica y citología del sistema nervioso en el mundo.

Terminaremos reproduciendo un detalle que pinta en cierto modo el temperamento de Ramón y Cajal en su juventud, relatado por él mismo cuando partía de Cádiz para la guerra de Cuba y recién conoció el mar ("Españoles Ilustres. Cajal", por Alberto y Arturo García Carraff. Madrid, 1918):

"Ajusté un bote en el puerto para abordar el vapor, y cuando promediábamos la travesía se me plantó el patrón. Y simulando esfuerzos sobrehumanos contra el oleaje, me advirtió que reinaba furioso levante y debía yo, según tarifa, abonarle el doble y por adelantado. A todo esto estábamos en medio de la bahía y faltaba media hora para la salida del transatlántico. Exasperado por la desvergüenza y harto de sonsacas descaradas, fuíme derecho al truchimán y agarrándole por el cuello le grité con voz colérica:

—O rema usted con toda su alma, o le rompo ahora mismo el bautismo!

Sólo al sentir las rudas caricias de mis puños, amansóse el granuja, tornando con ardor a la faena y murmurando que todo había sido pura broma".

#### EL DIRECTOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA.

La Escuela Nacional de Medicina se encuentra de plácemes con la designación del Dr. José Palacios Macedo, como Director de la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas, por ser este talentoso y enérgico catedrático, (muy apreciado por los profesores y estudiantes), quien recoge la brillante herencia que dejaron en sus actuaciones diversas, pero sinérgicas y valiosas, los Dres. Fernando Ocaranza e Ignacio Chávez.

CLINICA DEL DR.

**SAMUEL RAMIREZ MORENO**

ENFERMEDADES MEN-  
TALES Y NERVIOSAS

1a. Calle de Génova, 39

T E L E F O N O S :

Eric., 4-20-62 Mex., L-72-30

M E X I C O , D . F .



EDIFICIO PRINCIPAL Y EL ANEXO PARA SEÑORAS