

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL.



Propiedad de la
Academia N. de Medicina
de México

SUMARIO:

EDITORIAL.

NARCOSIS PERMANENTE DE KLASI.—

Por el Dr. Baltasar Caravedo.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA

NEUROCRINIA HIPOFISIARIA.—Por el

Dr. Anastasio Vergara E.

SECRETO PROFESIONAL.—Por el Dr. Juan

Peón del Valle.

ALIENISTAS Y FRENOCOMIOS DE HIS-

PANO-AMERICA.—Por el Dr. Samuel

Ramírez Moreno.

NOTAS SINTETICAS.—Por el Dr. Juan Peón

del Valle.



Julio de 1935

México, D. F.

Para QUEMADURAS

UNA aplicación de Unguento Picrato de Butesin ejerce pronta acción en quemaduras de todos grados y de cualquier origen,— por vapor, eléctricas, metales candentes, escaldaduras, etc.—Generalmente el dolor desaparece en corto tiempo; protege las superficies descubiertas contra la infección e inhibe la ya existente. Activa el proceso de granulación y de epitelización.

El Unguento Picrato Butesin contiene 1% de Picrato Butesin (di-normal butyl-p-amino-benzoate-trinitrophenol). El Butesin es un poderoso anestésico tópico y analgésico y el ácido picrico es bien conocido por sus propiedades antisépticas y mordentes. Además de sus usos en las quemaduras, el Unguento Picrato de Butesin tiene gran valor en el tratamiento de algunas lesiones leves de la piel; ciertas úlceras, laceraciones y escoriaciones. Su acción analgésica alivia el dolor y su efecto antiséptico protege las superficies descubiertas contra la infección.



En todos estos casos el Unguento Picrato de Butesin es un apósito eficaz y calmante.

De venta en las principales Droguerías y Farmacias en tubos de 30 y 60 gms. y latas de 454 y 2270 gms. Usese por prescripción médica.

Reg. No. 1963, D. S. P., Prop. No. 638

Use UNGUENTO *Picrato* *Butesin* ABBOTT



ABBOTT LABORATORIES
NORTH CHICAGO, ILLINOIS, U.S.A.

ABBOTT LABORATORIES DE MEXICO, S. A.
GOMEZ FARIAS 19, MEXICO, D. F.

REVISTA **M**EXICANA
DE
PSIQUIATRIA, **N**EUROLOGIA
Y
MEDICINA **L**EGAL

DIRECTOR:

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

EDITOR Y JEFE DE REDACCION

Dr. JUAN PEON DEL VALLE

Publicación Bimestral

VOLUMEN II. NUMERO 8. 1o. DE JULIO DE 1935 MEXICO, D. F.

Registrado como artículo de 2a. clase con fecha 26 de julio de 1934

SE SOLICITA EL CANJE CON PUBLICACIONES SIMILARES

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

TODA CORRESPONDENCIA DIRIJASE A LA REDACCION.

GENOVA, 39.

MEXICO, D. F.

CO LA B O R A D O R E S R E P R E S E N T A N T E S E N L A R E P U B L I C A

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

AGUASCALIENTES: Dr. Salvador Martínez Morones.

COAHUILA: Dr. M. Elizondo C.

CHIHUAHUA: Dr. Carlos González Fernández.

DURANGO: Dr. Armando Peschard.

GUANAJUATO: Dres. Alberto Aranda de la Parra y Octavio Lizardi.

HIDALGO: Dr. José Efrén Méndez.

JALISCO: Dres. Adolfo Saucedo y Enrique Pérez Montero.

MEXICO: Dr. Rodolfo Salgado.

NAYARIT: (Penal Islas Mariás). Dr. Francisco Elizarrarás.

NUEVO LEON: Dr. Manuel Camelo.

OAXACA: Dr. Fernando Bustillos.

PUEBLA: Dres. Ignacio Rivero Caso y Gustavo Domínguez V

QUERETARO: Dr. Salvador López Herrera.

SAN LUIS POTOSI: Dres. Antonio de la Maza y T. 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

PSICOANALISIS: Dr. Guillermo Dávila G.

CRIMINOLOGIA: Dr. José Gómez Robleda.

NEURO-CIRUGIA: Dres. Conrado Zuckermann y Darío Fernández.

HIGIENE MENTAL: Dr. Samuel Ramirez 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 y Alberto Lezama.

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

Sobre la Importancia del Primer Congreso Inter - Americano de Higiene Mental. =====

Por el Dr. =====

Samuel RAMIREZ MORENO.

Hay quienes piensan, que los congresos médicos, no redundan en positivo beneficio para la Ciencia y para la Humanidad, pues lo poco efectivo que aportan, es el acercamiento social y amistoso entre los médicos asistentes y la distracción y entretenimiento que éstos disfrutan con los agasajos y fiestas que se les brinda.

Si hay algo de cierto en esto, debe tenerse muy en cuenta quienes lo dicen y según el espíritu con que el congresista acude: de recoger enseñanzas y aprender, o bien de divertirse y tener una temporada de descanso.

Pero no hay que negar que los congresos dejan mucho de bueno y útil y contribuyen al progreso de la medicina. No sólo establecen las relaciones sociales y acercan los vínculos de amistad entre los discípulos de Hipócrates, sino que dan a conocer estudios, investigaciones, experiencias personales, descubrimientos, estadísticas, etc., etc., que representan el esfuerzo, a veces del médico humilde, del galeno práctico o del sabio de laboratorio, que a no ser por estas reuniones, permanecerían en gran parte ignorados.

Si de muchos congresos no se ha sacado el provecho y la utilidad que se esperaba, ha sido porque pasado el entusiasmo del certamen, los trabajos y conclusiones a que se ha llegado, quedan en el olvido y porque los representantes y delegados,

—especialmente cuando se trata de congresos internacionales,—no gestionan se lleven a la práctica los puntos que se comprometieron a sostener y las resoluciones que se acordaron colectivamente. De esto, son ejemplo, muchos de los congresos pasados.

Mas en los últimos tiempos, las cosas han sido un poco distintas y los más recientes congresos han tenido gran trascendencia, porque han estado patrocinados por los mandatarios de algunas naciones y por hombres de indiscutible honorabilidad científica.

La importancia del Primer Congreso Internacional de Higiene Mental que se verificó en 1930, a iniciativa de los Estados Unidos de Norte-América, superó a todo lo que se había previsto y el éxito fué debido precisamente porque se hizo bajo los auspicios del Mandatario de la Unión Americana, del eminente alienista Dr. William White y del promotor de la higiene mental en el Mundo, Clifford W. Beers, y además por la magnífica organización con que se preparó. Este congreso dió a conocer lo que era la higiene mental y su importancia para el porvenir de los pueblos.

Ahora el Brasil que es, no cabe dudarlo, una de las naciones latinoamericanas más progresistas y que en mucho, ocupa el primer lugar de la América, convoca a la Primera Conferencia Interamericana de Higiene Mental, que está ya para celebrarse en octubre, bajo el patrocinio del Presidente de esa República hermana, Dr. Getulio Vargas y de los secretarios de Estado.

Los médicos brasileños están perfectamente preparados, son muy cultos, vienen desarrollando un extraordinario adelanto en la medicina de su país y esto ya es garantía para el éxito del Congreso, pero si se ven los temas y trabajos que van a presentarse se tiene idea de su trascendencia. Algunos hay que sorprenden porque tal vez se adelanten al estado cultural de algunos de nuestros países, tales entre otros como "El papel del neurohigienista en la prevención de los crimines pasionales", "Cómo estimular la generación de individuos mentalmente superiores", "Cómo formar la mentalidad temperante en las varias clases sociales", y otros muchos de interés extraordinario.

Pero sobre todo lo anterior hay una razón más para pensar en su éxito; la de que su fin es señalar la forma más enérgica para prevenir las enfermedades mentales en nuestra América, asunto que debido al incremento de dichas dolencias, se impone cada día, y así todos los países de este Continente harán esfuerzos para poner en práctica la profilaxis de las vesanias y la conveniente atención y tratamiento de los alienados.



Producto
Nacional
Atoxico.

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

Muestras a disposición 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.

Narcosis Permanente de Klasi.

Por el Dr. Baltasar Caravedo, Médico-Director del Hospital "VICTOR LARCO HERRERA".—Lima, Perú.

Se denomina "narcosis permanente", aquella en que se mantiene al enfermo durante varios días, de ocho a doce por lo general, bajo la acción de un hipnótico, con el fin de provocar el sueño duradero o prolongado.

Se recomienda la "narcosis permanente" de preferencia en los enfermos mentales que sufren intensa agitación, en los tranquilos, en los catatónicos, en los angustiados. El empleo de la "narcosis permanente" exige gran cuidado. Sólo puede ser aplicada por orden de médico, quien elegirá el hipnótico, la dosis y el tiempo que debe durar la narcosis, en atención a las indicaciones que deduzca del examen del paciente.

Para producir la "narcosis permanente" se recomienda diversos hipnóticos, principalmente: somnifeno, escopolamina con luminal, luminal sódico, dial, morfina con escopolamina.

Para lograr la "narcosis permanente", según el método de Klasi, se usa el somnifeno. Este hipnótico de la serie barbitúrica posee una solubilidad completa y se absorbe y elimina rápidamente, siendo uno de los hipnóticos de menor toxicidad.

La "narcosis permanente", según el método de Klasi, es preconizada de manera especial por los alienistas suizos —y aunque se trata de un procedimiento terapéutico empleado en la práctica psiquiátrica desde 1922, continúa de actualidad, a pesar de los resultados tan diversos que acusan los experimentadores. Algunos dicen que el somnifeno lleva fácilmente al colapso y a los accidentes bronco-pulmonares, por lo que hace el método sumamente peligroso. Nosotros hace diez años que utilizamos el procedimiento de Klasi, con relativa frecuencia,

tanto en la práctica hospitalaria como en la civil, sin haber tenido que lamentar fracaso alguno desde ese punto de vista. Exito que hemos alcanzado, según nuestra opinión, por la observancia estricta de las reglas aconsejadas por el autor, y siempre que hemos sabido de algún insuceso, a veces fallecimiento del paciente, se ha podido descubrir, por lo general, que ha habido ignorancia o descuido.

El método no es curativo, sino un medio que permite tranquilizar al paciente, cuestión muy importante si se tiene en cuenta que la agitación perjudica al enfermo, a los que lo rodean, representa un constante peligro e irroga perjuicios económicos; permite, asimismo, acortar los accesos maníacos, seguidos con frecuencia de retorno a la salud, dar de comer a los que rechazan los alimentos, y combate eficazmente el negativismo, y en general, produce excelentes resultados en la práctica psiquiátrica, en los casos en que fracasan los procedimientos más usados. También se puede utilizar para llevar a cabo: intervenciones de orden quirúrgico, viajes, y para sostener los apósitos en los enfermos difíciles.

Klasi empleó la "narcosis permanente", no sólo con el propósito de interrumpir el círculo vicioso que se forma entre excitación afectiva y excitación motora (agitación psicomotriz), por el reposo del cerebro; pues la anestesia provocada por el somnifeno actúa de modo saludable sobre esos estados, sino para aprovechar de manera especial de la relación que se establece entre el enfermo y el médico durante el período en que el paciente está en cama y necesita cuidado y asistencia. El médico se hace indispensable, el personal tiene oportunidad de atender constantemente al enfermo, y obtener el agradecimiento o por lo menos la confianza. Klasi dice que de la relación que se establece entre el médico y el enfermo, viene como consecuencia directa la mejoría; es decir, que se trata de un procedimiento de preferencia psicoterápico.

También se puede utilizar para la exploración psicológica; el enfermo, antes de dormir o durante la narcosis, por lo general habla, rompe el autismo, exhibiendo sus verdaderas preocupaciones, y en los casos en que la censura es muy fuerte y sólo pronuncia monosílabos, estas palabras inductoras pueden señá-

lar la pista para descubrir sus complejos; por eso es muy importante que la enfermera o enfermero deje constancia, en el protocolo respectivo, de todo lo que exprese el paciente durante el período de la narcosis.

El éxito del procedimiento se halla en relación directa con la observación de las siguientes precauciones:

El enfermo será examinado por el médico tratante, quien debe conocer el resultado del análisis de orina antes de prescribir la narcosis, y controlará estrictamente al paciente durante ese período. El método está contraindicado en los que sufren de alguna lesión: cardíaca, renal o pulmonar; en las enfermedades orgánicas acompañadas de alteraciones mentales. Aunque un estado de fuerzas desfavorables no parece constituir contraindicación al procedimiento y muchos enfermos aumentan de peso durante la narcosis, es necesario apreciar debidamente el estado general del paciente antes de proceder.

Se inyectará al enfermo un miligramo de escopolamina (1 ampolleta) y un centigramo de morfina (1 ampolleta), y media hora después se aplicará la inyección de somnifeno de dos centímetros cúbicos, a veces hasta cuatro (1 ó 2 ampolletas). La inyección previa de morfina y escopolamina tiene por objeto que la narcosis sea desde el principio lo suficientemente profunda. Cuando no se procede así, el enfermo cae con frecuencia en un estado de agitación o de intranquilidad acompañado de vómitos.

La inyección de somnifeno debe ser intramuscular (profunda, con el fin de evitar que se forme escara).

La narcosis producida dura por lo general de 8 a 10 horas, y se prolongará mediante otra inyección de dos centímetros cúbicos, y así sucesivamente cada ocho horas, salvo contraindicación. Se recomienda no aumentar la dosis, sino repetir en casos necesarios, la inyección de dos centímetros de somnifeno en períodos más cortos (no menor de seis horas).

Los momentos en que despierte el enfermo se deben aprovechar para alimentarlo, para que haga sus necesidades fisiológicas y para llevar a cabo la cura psicoterápica, pues el paciente en ese estado experimenta la necesidad de dirigirse a las personas que lo rodean. Si el enfermo no despierta con regularidad

y los períodos de sueño se prolongan demasiado, se debe recurrir a la alimentación por sonda, y si no orina espontáneamente, al cateterismo vesical.

Se tendrá presente que el tercer o cuarto día pueden aparecer, de manera violenta, los síntomas tóxicos por acumulación del medicamento.

Algunas veces se podrá sustituir la inyección, administrando de cuarenta a sesenta gotas de somnifeno en una taza de tila templada.

La alimentación consistirá en: leche, puré de papa, de harina de trigo, de avena, jugos de fruta y abundantes bebidas calientes (infusión de té, manzanilla, tila).

Es necesario evitar la retención de orina que con frecuencia se observa.

Se dará al paciente durante la narcosis, y algunos días después, una poción de urotropina (diurético, desintoxicante). Si se nota intermitencias en el pulso o las pulsaciones se elevan por encima de 120, o un gran descenso en la presión arterial, se administrará digitalina (1 ampolleta).

El enfermo, durante la "narcosis permanente", estará bien abrigado, en una habitación de temperatura constante, con poca luz, mejor oscura, y si es posible en donde no llegue el ruido. En general, se observarán los cuidados que con un recién operado. Si el vientre no se mueve cada 24 horas, se le pondrá una enema.

La enfermera o enfermero estará constantemente al lado del paciente, y anotará en el diario: temperatura, pulso y respiración cada tres horas, las veces que orina, cada cuánto tiempo y la cantidad emitida en las 24 horas; si hay albúmina, si se mueve el vientre.

Se interrumpirá el tratamiento, dándose aviso inmediato al médico, para que tome las providencias que crea convenientes, en los casos siguientes:

Si la temperatura del paciente se eleva sobre $37\frac{1}{2}$;

Cuando el enfermo vomita repetidas veces;

Si pasa doce horas sin orinar;

Si se presenta la menstruación;

Cuando se altere profundamente el funcionamiento del corazón y no se modifique después de haber administrado digitalina;

Si continuara muy agitado, a pesar de la dosis de somnifeno.

Según Klasi, el método no había dado buenos resultados al ser aplicado en los hombres, pues en éstos la narcosis no alcanza la profundidad necesaria, sino con altas dosis, lo que es peligroso. Nosotros empleamos en el Hospital "VICTOR LARCO HERRERA" el procedimiento desde el año de 1925, y no podemos llegar a la misma conclusión. Lo que hemos observado, con frecuencia, es que los homosexuales (hombres o mujeres) son muy difíciles de dormir o fácilmente despertables. Y así hemos podido descubrir ese complejo, que muchas veces pasa inadvertido. Hecho de gran significación psiquiátrica, que permite el mejor conocimiento del enfermo, y al mismo tiempo, establecer el pronóstico sobre base más firme.

LABORATORIO DEL Dr. GERARDO VARELA

Exámenes Bacteriológicos

Exámenes de Química Médica

Pruebas Funcionales, etc.

San Juan de Letrán, 24
Edificio Cook

Tel. Ericsson, 3 39-99
México, D. F.

Contribución al Estudio de la Neurocrinia Hipofisiaria. =====

Por el Dr. =====

Anastasio VERGARA E.

Las relaciones entre la hipófisis y los centros diencefálicos, las fijamos por primera vez desde el punto de vista histológico y experimental, en el año de 1924, en investigaciones que llevamos a cabo en diferentes especies de animales, estableciendo el hecho fundamental de la estructura neuroglandular del infundíbulo hipofisiario, viniendo así a presentarse el concepto de las relaciones entre el tuber cinereum y el lóbulo posterior de la hipófisis.

En nuestras investigaciones histológicas, empleando una de las fórmulas de impregnación según el método de Cajal, para el estudio de los cilindros-ejes medulados y amedulados, usando el método de Weigert con las modificaciones de P. Meyer, y para el estudio de la morfología de los elementos celulares del tuber cinereum, usando una de las variantes del método de Golgi; como resultado del estudio de más de cuatrocientas preparaciones que incluían el tallo, infundíbulo e hipófisis, llegamos a los resultados siguientes:

En los cortes frontales del tuber cinereum, inmediatamente detrás del quiasma óptico, observamos constantemente un grupo de células en medio de una delicadísima formación de fibras, que se hace más aparente en la parte externa del tuber cinereum, estando estas fibras alrededor del grupo celular, en un acúmulo en forma de escuadra más o menos redonda, cuyos lados son, uno superior y otro externo; en el primero de estos grupos se observó, generalmente en los cortes subsecuentes, un pequeño núcleo de substancia gris, cuyos elementos se presen-

taban en algunos cortes en relación inmediata con el grupo de elementos fibronerviosos que forman el lado superior que estamos estudiando, que rodea el núcleo que se anota desde los primeros cortes, inmediatamente detrás del quiasma óptico y que por su tamaño, es muy visible; presentando además muy bien definidos sus límites, sólo en muy pocas preparaciones de cortes cerebrales de conejos recién nacidos, se pudo observar el núcleo pequeño colocado en la parte superior del núcleo celular principal, el cual está rodeado por fibras nerviosas, con cierta limitación y de forma más o menos ovoide. En los cortes de cerebros de cachorros recién nacidos, el núcleo en cuestión se encontraba en medio de muchas fibras nerviosas gruesas, que lo hacían confundir con la rama superior de fibras nerviosas que rodea el núcleo principal y que se continúa con el acúmulo fibrilar, que es más visible en las partes superior y externa, donde forma una especie de escuadra; este acúmulo de fibras nerviosas forma contraste con el ángulo opuesto que limita el grupo celular en sus partes ventricular e inferior.

Los núcleos celulares se presentan simétricamente a cada lado de la línea media e inmediatamente debajo de la capa óptica y fueron apareciendo de mayor tamaño, a medida que los cortes eran más profundos, disminuyendo en las preparaciones posteriores. A mayor aumento, observamos que los elementos celulares son de diferentes formas: piriformes, ovoides, fusiformes o ligeramente poliédricos; siendo en general elementos pequeños con dendritas largas y muy delicadas que emiten gran número de ramificaciones que se confunden con los elementos que invaden.

En las preparaciones teñidas por el método de Nissl, las células se distinguen perfectamente del fondo fibronervioso. Con este procedimiento insistimos en el estudio del núcleo de substancia gris que se presenta en los cortes de cerebro del conejo recién nacido, por encima del acúmulo principal celular y que está rodeado por los grupos fibrilares, no encontrándose límite entre estos dos núcleos, los elementos celulares se juntan y las células de la parte superior no presentan carácter diferencial; también se presentaron con forma ligeramente esférica o fusiformes, con dendritas tortuosas y con cilindro-ejes exquisita-

mente delgados; si acaso hay algún carácter diferencial, es el de su tamaño, porque en general son más pequeñas.

Los elementos nerviosos que se encuentran rodeando a este núcleo y que en 1924, le llamamos **centro diencefálico principal anterior**, casi no se tiñeron en negro azuloso por la hematoxilina de Weigert; por lo tanto, se facilitó el estudio de las relaciones en la parte superior del núcleo, observando la fusión de ambos núcleos.

En los cortes sagitales de esta misma porción, se observa mejor los cilindros-ejes, los cuales presentan las más diversas direcciones, algunos hacia arriba, otros hacia abajo, o siguiendo una dirección francamente antero-posterior; los cilindros-ejes emiten ramificaciones colaterales en su porción inicial y en el interior del núcleo.

La mayoría de los cilindros ejes que tienen su origen en este núcleo se van reuniendo en la periferia; en la primera serie de cortes sagitales de la parte externa del tuber cinereum, se acumulan formando una franca vía de dirección antero-posterior, a la que se agregan otras fibras cuyo origen no pudimos conocer.

En investigaciones hechas en años posteriores y efectuando cortes laterales, comprendiendo el tuber cinereum, el tallo e infundíbulo y el lóbulo posterior de la hipófisis en su parte media, llegamos a la conclusión de que se podían seguir las fibras nerviosas que vienen del centro diencefálico principal anterior en un trayecto hacia la porción anterior infundibular, para entremezclarse con las fibras neuróglícas del lóbulo posterior hipofisiario.

Asimismo muchas de las fibras nerviosas que nacen de los dos núcleos restantes diencefálicos, contribuyen a la formación del haz de fibras nerviosas de la pared infundibular. Tenemos la seguridad de que el origen de muchas de las últimas, se encuentra en los núcleos posteriores del tuber cinereum; pero a decir verdad, hasta ahora no hemos podido distinguir con certeza el origen de muchas fibras nerviosas que pasan a formar parte del haz infundibular, aunque unas veces parece que proceden del conjunto de fibras nerviosas que rodean a los centros diencefálicos, no obstante, nos pareció un hecho fundamental

que gran parte de las fibras nerviosas del infundíbulo, toman su origen en los centros diencefálicos. A pesar de que, en contadas preparaciones fué posible seguir la dirección de las fibras cilindro-axiales, las cuales presentan desde luego una dirección antero-posterior, lo cual sí es fácil observar en la mayoría de las preparaciones; además, observamos algunas fibras que no se agregaron al conjunto de las infundibulares, apareciendo seccionadas en muchos cortes, dando la impresión de que no seguían una dirección oblicua para llegar al infundíbulo.

La bibliografía sobre la histología del tuber cinereum es escasa; encontramos en la Neurología del ilustre Santiago Ramón y Cajal, la cita de autores antiguos que se ocuparon de la estructura del tuber cinereum, tales como Meynert, Lenhossek, Gudden y Koelliker, autores que fijaron, o entrevistieron mejor dicho, la existencia de los tres núcleos que hemos llamado diencefálicos, debido a su origen embriológico y con el objeto de no prejuzgar un concepto funcional, pues primitivamente debido a la vecindad de los centros ópticos, se les denominó núcleos ópticos, fibras ópticas, etc. Autores más posteriores como Dejerine, en su estudio sobre la Anatomía de los centros nerviosos, señala que la substancia gris del tuber cinereum, continúa con la substancia gris central del cerebro medio, con la de la comisura media, del cerebro intermedio, y de la substancia perforada anterior, y con respecto a las relaciones del tuber cinereum, señala una vía profunda, que después de formar una comisura transversal en la línea media de la cintilla óptica y de la comisura de Meynert, se dirige en sentido sagital y hacia adentro de la cintilla de Vick d'Azir, para perderse en el acueducto de Sylvius.

Según Cajal, esta vía no sería otra sino la formada por el fascículo del tuber cinereum de Gudden.

Con respecto a las fibras aferentes del tuber cinereum, según Cajal, proceden del séptum lúcidum, apartándose en dos ramas cuando llegan a la extremidad anterior del centro diencefálico principal anterior, siendo una inferior, contorneando esta extremidad y agregándose en parte a las fibras que rodean los centros diencefálicos; otra superior y se coloca entre este núcleo y el centro diencefálico superior.

En los años de 1924 y 1925, no nos fué posible encontrar mayor literatura acerca de la estructura del centro del tuber cinereum, y no fué sino hasta 1926 que tuvimos la oportunidad de encontrar los estudios de Spiegel y Zweig, cuyas investigaciones nos había recomendado revisar el profesor Bernardo Houssay, lo mismo que los estudios de Foix y Nicolesco, autores que distinguen igualmente tres núcleos principales, denominándolos: núcleo periventricular-yuxtatrigoal; núcleo ventral del tuber, y núcleo de la bandeleta óptica, y todavía un núcleo menos importante: el núcleo supra-óptico accesorio. A pesar de que las investigaciones de los primeros autores se hicieron en 1919, y las de Foix y Nicolesco, en 1925, la descripción de la estructura del tuber cinereum, es muy parecida a la de los autores que menciona Cajal, como son las de Lenhossek y Koelliker que hemos mencionado anteriormente, y así nuestras primitivas investigaciones efectuadas en 1924, fijaban que muchas fibras amielínicas provenían de los centros diencefálicos para repartirse en gran parte por la pared infundibular y que gran número de fibras aferentes se dirigen por distintas partes, principalmente hacia arriba, perdiéndose otras muy cerca del cuerpo mamilar y otras siguiendo hasta el acueducto de Sylvius. Seguramente, para elucidar el origen de las fibras aferentes de los centros diencefálicos, se necesitan nuevas investigaciones; nos parece que es coherente pensar en una relación con centros nerviosos situados en el cuarto ventrículo, ya que primeramente hemos encontrado haces fibrinosos muy visibles hasta la vecindad de la protuberancia y el bulbo raquídeo; en segundo lugar el hecho vendría a ser más verosímil, si recordamos los hechos de fisiología experimental acerca del cuarto ventrículo; en tercer lugar, el hecho estaría conforme con la fisiología del simpático, ya que hemos considerado al tuber cinereum como una estructura ganglionar; pero de todas maneras el hecho fundamental bajo el punto de vista de la histología, que establecimos en nuestros primeros estudios, se refiere a la relación de los centros diencefálicos del tuber cinereum, cuyas fibras eferentes, pasando a través del tallo e infundíbulo hipofisiario, llegan a ponerse en relación con el lóbulo neuróglíco hipofisiario, relaciones que han sido ratificadas por Houssay y sus alumnos; por

da Costa, en Portugal; por Cervera, en Barcelona; estudios histológicos que hemos tenido la oportunidad de mostrar a los ilustres profesores Tello del Río Horteiga, durante su estancia en México, investigaciones que han contribuido al estudio de las **relaciones diencéfalo infundíbulo hipofisarias**, y que últimamente han venido a ser aceptadas por Marañón, en la última edición de su Manual de Endocrinología, aparecido en el año de 1930.

Pasemos ahora a estudiar el concepto, bajo el punto de vista de la endocrinología.

En el año de 1926, presentamos en la Sociedad Mexicana de Biología una nota preliminar a este respecto, y tuvimos la oportunidad de presentar algunas preparaciones que demostraban el aspecto glandular al nivel del repliegue hipofisiario, es decir, al nivel del nacimiento del infundíbulo hipofisiario. Haciendo un resumen de nuestras primeras investigaciones, podemos decir que en el lóbulo posterior de la hipófisis, encontramos elementos que a poco aumento daban la impresión de tratarse de células neuróglícas, pero que observados a mayor aumento se distinguían fácilmente de los pequeños elementos celulares neuróglícos, que son más o menos esféricos y están provistos de tres o varias expansiones finas, cortas y delicadamente varicosas. Las más homogéneas presentan apetitos tintoriales diferentes, unas se tiñen muy bien por la hematoxilina, otras por los colorantes ácidos y van siendo más escasas a medida que se observa el lóbulo posterior en su superficie; dando estas masas homogéneas, la impresión de formaciones coloides y siendo más abundante en la cercanía de la porción intermediaria de la hipófisis, de la que parecen tomar su origen, y no del lóbulo anterior, como lo asienta Marañón; la mayoría de estas masas coloides presentando una tendencia a seguir la dirección del infundíbulo hipofisiario.

La importancia del lóbulo intermedio es mayor en lo que se refiere a su individualidad histológica, si tomamos en cuenta que este lóbulo emite prolongaciones en algunas especies animales, hacia el infundíbulo hipofisiario, recubriéndolo en su periferia y encontrándose en el hombre, en íntima relación al nivel del nacimiento del infundíbulo hipofisiario; en estudios de pre-

paraciones efectuadas en años posteriores, hemos podido observar trayectos capilares de masas coloides, pasando del lóbulo glandular intermedio a la porción nerviosa infundibular a través de la lámina conjuntiva meníngea que recubre el infundíbulo; no obstante, este hecho fué un hallazgo que no pudimos ratificar en preparaciones subsecuentes, y lejos de ser constante, fué excepcional.

Las vías por medio de las cuales llegan los productos de secreción del lóbulo intermedio, al repliegue infundibular, es un hecho que no hemos podido comprobar; porque si bien es cierto existen trayectos capilares del lóbulo intermedio al nivel del nacimiento del infundíbulo hipofisiario, éstos son muy escasos.

Pero aún más, tenemos que mencionar otro hecho interesantísimo por su trascendencia en los estudios de la neurocrinia hipofisiaria, y es que en la consecución de nuestras investigaciones posteriores, en cortes transversales al nivel del nacimiento del infundíbulo hipofisiario, y después de varios estudios y ensayos detenidos, llegamos a encontrar en preparaciones teñidas por el hemalum-eosina, elementos coloides, ya no en el espesor de la pared infundibular, sino que por el contrario, en la luz del infundíbulo y principalmente al nivel del repliegue infundibular, gran número de elementos coloides, formando pequeñas vesículas y diferentes grupos irregulares de una substancia amorfa y muy ávida por los colorantes básicos, observada a poco aumento, pero que desde luego en conjunto representan una zona diferente de la estructura francamente nerviosa del infundíbulo hipofisiario. Nuestros últimos estudios histológicos han venido a ratificar la idea **de la estructura glandular al nivel del nacimiento del infundíbulo hipofisiario, concepto que emitimos desde el año de 1924**, y cuyas preparaciones interesaron al ilustre doctor Gley, durante su estancia en México, quien tuvo la amabilidad de solicitarnos unas preparaciones, que a su vez destinó al profesor Collín, de la Facultad de Nancy.

Y es hasta el año de 1933, en que el Profesor Collín, publica en los Anales de Medicina de Francia, en el número dedicado a la hipófisis, nuestras observaciones, ratificando la importancia del concepto histo-fisiológico del coloide infundibular hipofisiario; en efecto, estudiando estas preparaciones a mayor aumen-

to, se pueden observar las diferentes fases de los elementos celulares que se acumulan en la luz infundibular, los que primeramente íntegros e íntensamente teñidos por los colorantes básicos con su protoplasma fuertemente granuloso, e íntensamente acidófilo, se van presentando más o menos alargados, haciéndose ovoides, fusiformes, más o menos incompletos y perdiendo su carácter granuloso, para volverse homogéneos y amorfos, dando el aspecto de substancia coloide íntensamente teñida por la eosina. La disposición de estos elementos es por demás interesantísima, pues aparecen en la pared de la luz del repliegue infundibular, disponiéndose en forma de vesículas más o menos arredondadas, con cierta analogía a las vesículas tiroideas, con muchos elementos celulares que son íntegros y bien alineados en la periferia de la vesícula y que a medida que se observan hacia el centro, van presentando una desorganización paulatina en su morfología, hasta llegar a sus diferentes fases, al aspecto coloide; encontrándose otras vesículas incompletas, conteniendo el producto coloide, el cual lleva una dirección hacia la luz infundibular, en la que además se puede encontrar el coloide infundibular en algunos casos más o menos amorfo y en otras preparaciones todavía recordamos el aspecto de los elementos celulares de las vesículas glandulares que se encuentran tapiando la pared interna infundibular.

Ultimamente en un trabajo presentado en la Semana de Estudios Médicos, organizada por el Ateneo de Ciencias y Artes, de México, hemos insistido en la importancia histológica del coloide infundibular hipofisiario, y además hemos llamado la atención al revisar la vascularización de la hipófisis, que ésta es de gran magnitud al nivel del tallo e infundíbulo hipofisiario, hecho anatómico que da más importancia a esta última porción, desde el punto de vista de la fisiología.

Ahora bien, en el capítulo sobre Hipófisis y región infundíbulo-tuberiana, escrito por Gustavo Roussy y J. Gournay, del Tratado de Fisiología normal y patológica de la colección Roger, se aduce al tratar de la histofisiología de la hipófisis, que el producto de secreción del lóbulo anterior y del lóbulo intermedio, se acumula en el lóbulo nervioso, el cual no tiene alguna secreción propia, y menciona los estudios de Collin, quien rati-

INHEPTON



INHEPTON MERCK

el nuevo tónico hematopoyético, un verdadero
adelanto en el tratamiento de las anemias.

reune en forma estable e inyectable el principio anti-anémico del hígado con la influencia estimulante, tónica y corroborante del arsénico, la estricnina y el fósforo

Acción segura sobre los órganos hemapoyéticos.

Persistente influencia favorable en el estado general.

Buena tolerancia

Reg. No. 13551 D. S. P.

Ampolletas de 1 c. ç.

Uso por prescripción médica.

MERCK - MEXICO, S. A.

APARTADO 8619

MEXICO, D. F.

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



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

LABORATORIO MEDICO

DEL

Dr. Luis Gutiérrez Villegas



DEDICACION EXCLU-

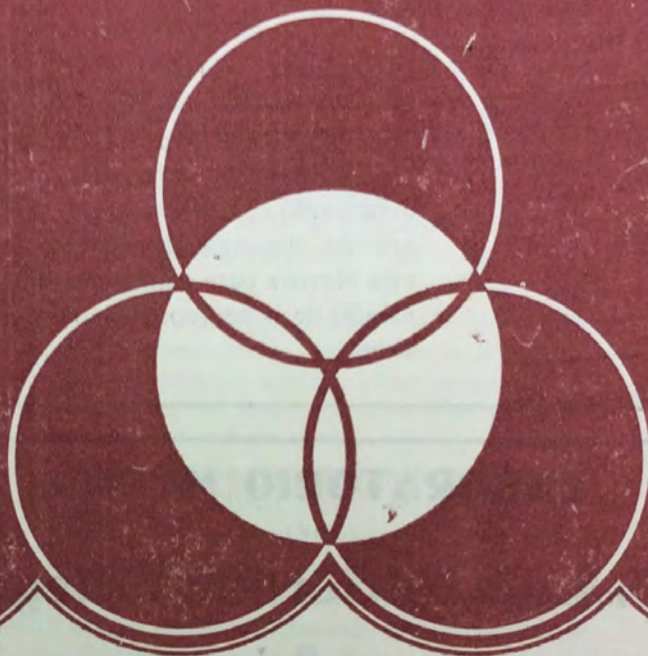
SIVA A EXAMENES

DE LABORATORIO.



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

INHEPTON



INHEPTON MERCK

el nuevo tónico hematopoyético, un verdadero
adelanto en el tratamiento de las anemias.

reune en forma estable e inyectable el principio anti-anémico del hígado con la influencia estimulante, tónica y corroborante del arsénico, la estricnina y el fósforo

Acción segura sobre los órganos hemapoyéticos.

Persistente influencia favorable en el estado general.

Buena tolerancia

Reg. No. 13551 D. S. P.

Ampolletas de 1 c. ç.

Uso por prescripción médica.

MERCK - MEXICO, S. A.
APARTADO 8619 MEXICO, D. F.

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



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

LABORATORIO MEDICO
DEL
Dr. Luis Gutiérrez Villegas



DEDICACION EXCLUSIVA A EXAMENES DE LABORATORIO.



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

fica las conexiones establecidas por las fibras nerviosas, entre la neuro-hipófisis y los centros diencefálicos, encontrando verdaderos caminos morfológicos del coloide hipofisiario, conforme a las investigaciones que Vergara Espino precisó en 1924, resultando el concepto de una neurocrinia morfológica y muy probablemente dinámica, y como este último aspecto, tanto Roussy, como Marañón, aún lo presentan problemático, presentaremos un resumen de los hechos de fisiología experimental, de los cuales se puede concluir:

Primeramente, de las experiencias de extirpación de la hipófisis, efectuadas por Paulesco, Fichera, Friedmann y Maass, Le Monaco y Van Rimberk, Cushing, Houssay, Camus y Roussy, Aschner, Bailey, Bremer, Biedl, Horsley, Handelsman y las efectuadas por nosotros mismos en 1924, que en la intervención experimental de la región hipofisiaria, se presentan trastornos de la diuresis acuosa, trastornos glicosúricos y alteraciones adipostrófico-genitales.

Que si es muy probable considerar a los centros diencefálicos como eficientes de los precedentes trastornos, a la hipófisis, dadas sus relaciones anatómicas e histológicas, no se le puede negar cierta actuación, porque casi seguramente en la extirpación de hipófisis se destruye el infundíbulo, el cual teniendo relaciones íntimas con los centros diencefálicos, lo más probable es que se origine excitación, dando lugar a los síntomas que pertenecen a los centros diencefálicos.

Pero si esta explicación conviene para los trastornos del metabolismo acuoso y el hidrocarbonado, para las perturbaciones del crecimiento, no existe hecho alguno de orden experimental o patológico que nos indique la participación de los centros diencefálicos en el crecimiento; lo cual vendría a estar corroborado por las experiencias de Houssay, en las cuales la destrucción extensa de los centros diencefálicos, no causó trastornos en el crecimiento. Además, la relativa independencia del lóbulo anterior de la hipófisis, con la nueva entidad fisiológica diencefálica, (tuber-cinereum, infundíbulo y lóbulo posterior de la hipófisis), sería un apoyo para negar a los centros diencefálicos, función en el crecimiento. Además, las relaciones de la glándula tiroidea con la hipófisis, con respecto al crecimiento,

parecen indicar que pertenecen más bien a un terreno fisiológico de orden puramente endócrino.

Que respecto a la actuación de la hipófisis y centros diencefálicos en la atrofia genital, existen hechos acerca de la actuación de los centros diencefálicos, pertenecientes a Camus y Roussy, a Bailey y Bremer y un caso a Houssay y Hug, casos en los cuales las lesiones experimentales se localizaron en el tuber cinereum; siendo los de Bailey y Bremer más decisivos, porque abordando los centros diencefálicos por la región temporal, se colocaron en un terreno más propicio para lesionarlo casi únicamente, porque las experiencias de Camus y Roussy, en las que lo abordado por la vía bucal, tuvieron que pasar a través del infundíbulo y parte de la hipófisis, para llegar a él.

En el caso experimental estudiado por Houssay y Hug, probablemente hubo también lesión de los centros diencefálicos y en los hechos experimentales de Bailey y Bremer, se suscitan los siguientes problemas: ¿no será más acertado que todos los autores que han observado trastornos adiposo-genitales, a consecuencia de la hipofisectomía, los expliquen por la destrucción de los centros diencefálicos? ¿que se hayan determinado los trastornos adiposo-genitales, por exclusiva lesión del tuber cinereum, constituye un hecho para descartar completamente la influencia que puede tener la hipófisis?

De todas maneras, aun suponiendo que los trastornos adiposo-genitales observados en los hipofisioprivos, sean debidos a lesiones del tuber cinereum, se podría presumir únicamente la existencia de un centro trófico-genital en ese sitio, no existiendo hecho experimental que de un modo seguro nos obligue a descartar la hipófisis, de cualquier relación con los órganos genitales. Un hecho interesante sería que no se observaran trastornos adiposo-genitales en animales hipofisioprivos, y que consecutivamente se les produjeran estos trastornos por punción en los centros diencefálicos; pero en todo caso, se pensaría en la existencia del centro trófico-genital, ya que se ha observado independientemente la perturbación genital de la adiposidad; mas careciendo de cualquier hecho experimental para descartar a la hipófisis y recordando la íntima relación que con ella tienen las glándulas genitales, desde el punto de vista endócrino, ten-

dremos que pensar en las relaciones que tienen con los centros diencefálicos, sin que la primera carezca de algunos hechos experimentales en favor de su **actuación neuro-endócrina**.

Respecto a la actuación de la **neurocrinia hipofisiaria** en la diuresis acuosa, tres problemas se suscitan: ¿debe descartarse toda actuación a la hipófisis en la diuresis acuosa? ¿únicamente a los centros diencefálicos pertenece algún papel en el metabolismo del agua? ¿o existe una relación funcional en la neurocrinia hipofisiaria?

Conforme al análisis de los hechos experimentales, se puede colegir que existe muy probablemente la relación diencefalo-infundíbulo hipofisiaria, bajo el concepto de **una neurocrinia**; porque en los hechos experimentales que constituyen objeciones y que pertenecen a Bailey y Bremer, queda por resolver la posibilidad de respetar el infundíbulo y la hipófisis, lesionando únicamente los centros diencefálicos. Fundándonos en el **concepto histo-fisiológico de la neurocrinia hipofisiaria**, se puede colegir, que aun abordando la región por vía temporal para lesionar experimentalmente el núcleo principal diencefálico anterior, es casi imposible lograr esto, sin herir a la vez el origen de las fibras infundibulares nerviosas. Que aunque Bailey y Bremer pudieron lesionar hacia atrás del infundíbulo, determinando poliuria, el hecho es contrario a los de la mayoría de los observadores que delatan generalmente lesiones hacia el núcleo diencefálico principal anterior, en el cual está el origen de las principales fibras del infundíbulo.

Que en todo caso, los hechos experimentales de Bailey y Bremer, demostrarían como los de Camus y Roussy y Housay, que a los centros diencefálicos corresponde esencial importancia, lo cual fué puesto en evidencia por Camus y Roussy, a quienes pertenece este mérito, pero de ningún modo denuncian hechos que puedan servir para descartar el **concepto de la neurocrinia hipofisiaria**.

Otra **objeción de importancia**, es la relativa a que la poliuria experimental se haya encontrado en perros hipofisio-privos; a este respecto hay que tener en cuenta lo relativo a la extirpación total de la hipófisis, porque ya hemos visto que en casos en los cuales se extirpa completamente el infundíbulo, los ani-

males presentan la caquexia hipofisiopriva; y casi la mayoría, la operación de hipofisectomía, ha precedido con mucho tiempo, en los propios casos de poliuria; pero en todo caso se demostraría la individualidad del centro diencefálico de la diuresis, pero no la autonomía, perteneciendo a la **neurocrinia hipofisiaria**, un papel accesorio; pero en el mismo caso quedaría el centro diencefálico principal anterior, como centro vegetativo, regulador de la tensión acuosa del organismo, ya que algunos autores han llamado "centros de lujo" a éste y a otros semejantes.

En todo caso existe un hecho experimental en contra del **carácter puramente nervioso** de este centro, ya que la poliuria puede observarse en animales con riñones enervados, lo cual está en contra de un papel regulador nervioso o vaso motor del riñón.

En suma, de los hechos experimentales que hemos estudiado, se puede colegir la existencia del centro diencefálico regulador de la diuresis; pero esto no autoriza a descartar toda actuación a la neuro-hipófisis, sino más bien nos indica una relación funcional con este órgano; lo cual pudiera ser coherente, dadas las relaciones neuro-endócrinas que hemos señalado en el infundíbulo con los centros diencefálicos.

Respecto al concepto neuro-endócrino, en relación con la glicosuria llamada hipofisiaria, existen numerosas observaciones experimentales, de hipofisio-privos, en los que se ha encontrado gran tolerancia por los hidratos de carbono, estando muy elevado el límite de la glicosuria alimenticia; existe un hecho muy interesante, debido a Cushing, Beed y JackVovson, relativo a la observación de que mientras el glucógeno existe en el hígado, puede provocarse la glicosuria, por punción del cuarto ventrículo, excitando la **vía simpática**, después de seccionada la médula o excitado el simpático cervical, después de haber paralizado con la nicotina, todas sus conexiones; con ello han demostrado estos autores que la acción endócrina directa, es la única interpretación racional de la glicosuria que nosotros llamaríamos neuro-hipofisiaria, y **además porque han confirmado que no se produce glicosuria excitando el simpático cervical, cuando esto se verifica posteriormente a la extirpación de los lóbulos medio y posterior de la hipófisis.** Este hecho experimental parece

decisivo en la intervención de la hipófisis, sobre el metabolismo de los hidratos de carbono, en probable inter-relación con el hígado, el páncreas, las suprarrenales, la tiroides y primordialmente el simpático, porque existen numerosas observaciones en las cuales, se demuestra la intervención de estos órganos, ignorándose por qué razón los hidratos de carbono no llegan a su total evolución, conjuntamente con la parte que corresponde al trastorno del metabolismo azoado y grasiento.

Los trastornos del metabolismo hidro-carbonado, observados en distintas lesiones del encéfalo, parecen deberse a estimulación de fibras de los núcleos cerebrales del vegetativo, siendo más notables en las lesiones de la base del cerebro, sin que hasta la fecha se pueda localizar la topografía que corresponda al probable centro regulador hidrocarbonado, pero fundándonos en las consideraciones experimentales mencionadas anteriormente, es muy probable y coherente que exista una relación diencéfalo hipofisiaria representada por una **neuro-endocrinia**, para la regulación del metabolismo hidrocarbonado.

El concepto que emitimos desde el año de 1924, ha venido a ser ratificado por G. Roussy y M. Mosinger, pues se puede observar en sus artículos publicados (*Annales de Medecine*. Mayo de 1933. Págs. 193 y 301), que textualmente dicen: "La mayor parte de los metabolismos particulares como los del agua, grasas y azúcares y otros aún, están bajo la dependencia de los centros del tuber cinereum".

"Estos hechos han ensanchado considerablemente el dominio de los centros vegetativos, y el problema de los centros en general".

"Las funciones vegetativas no están más limitadas a la Columna gris nuclear del suelo del cuarto ventrículo; los núcleos bulbares tienen, en efecto su función controlada por centros más arriba situados y dispuestos en todo lo largo de la región hipotalámica".

"Así la región infundíbulo-tuberiana, puede ser considerada como una formación nerviosa extremadamente compleja, comprendiendo centros múltiples cuyo estudio anatomo-fisiológico está lejos de ser terminado".

"Esos centros tienen bajo su dependencia, no sólo las dife-

rentes funciones metabólicas, sino que intervienen aun en las funciones vegetativas, tales como la vaso-motricidad arterial y capilar, de las que dependen en último análisis, todo el trabajo de los cambios".

"Sin duda, las conexiones que unen el hipotálamo a los cuerpos opto-estriados y a la corteza cerebral, quedan aún muy obscuras y apenas se conocen algunos fascículos, uniendo entre ellos esas diferentes partes del cerebro. Pero, a pesar de la complejidad de los problemas a resolver, parece posible admitir que el hipotálamo puede ser considerado como el verdadero centro regulador de los metabolismos generales y especiales".

"En el artículo "El tuber cinereum y su papel en las principales funciones del metabolismo del agua, de los glucósidos y de los líquidos". (Anales de Medecine. Mayo 1933. Pág. 193), G. Roussy y M. Mosinger, afirman: "El hipotálamo será el elemento regulador del ser instintivo; sus funciones asociadas a las del tálamo y a las de las glándulas endócrinas, deben sin duda jugar, bajo el control de la corteza, un papel preponderante en la vida vegetativa del sér".

"Se trata ahí de un campo poco explotado y que reserva, como sugieren los autores, nuevos descubrimientos, a los investigadores de tan interesante región".

Además, Roussy y Mosinger, dicen en la página 301:

"El estudio de los procesos excretorios de la hipófisis, permite distinguir dos modos de acción:

"1º—Una acción directa sobre los órganos periféricos de ejecución por hemocitocrinia general (vertimiento en la sangre de dos hormones de los lóbulos anterior, intermediario y tuberoso, o por neurohemocitocrinia (vertimiento de la sangre de los hormones del lóbulo posterior).

"2º—Una acción sobre los centros nerviosos por un efecto que llaman neuro-hormona central. La neurocrinia hiposifaria, se ejerce sobre el bulbo (efecto hipofisobulbar), actuando igualmente sobre el tuber cinereum; por neurocrinia directa: transporte de material glandular en el tejido neuroglial y por neurocrinia indirecta que comprende: la noneurocrinia general, la hemo-neurocrinia local, el transporte perivascular de los productos glandulares y de la hidroencéfalo-neurocrinia.

"Así, el complejo hipotálamo-hipofisiario, presenta a consideración funcionales dotadas de automatismo (mecanismos neurales, hemocrinia general) y mecanismos neuroglandulares; neurohormonales y hormono-neurales.

"Esas mismas nociones se aplican a los otros sistemas hipotálamos endocrinarios".

Como se puede observar, los conceptos de Roussy y Mosinger, vienen en apoyo de la tesis que hemos sustentado acerca de la neurocrinia hipofisiaria, concepto que fijamos desde el año de 1924, fundándonos en investigaciones histológicas y en hechos de orden experimental; concepto que ha venido a resolver un problema de la endocrinología, ya que textualmente Marañón, dice: "Cómo enlazar la existencia de centros nerviosos, cuya lesión produce síntomas análogos, a los de la lesión hipofisiaria, con la existencia de una inyección hipofisiaria, cuya falta da lugar a esos mismos síntomas?"; pues sencillamente, suponiendo que ambos órganos hipófisis y centros, actúan de consuno, colaboran al mismo fin funcional. Esta hipótesis ecléctica que muchos clínicos sostuvieron: Edinger, Biedl, Paulesco, Pende, Zondek y Marañón, diciendo este último autor, textualmente que esta hipótesis ha recibido confirmación plena por los trabajos de Vergara y Collín, que histológicamente han demostrado que el coloide infundibular hipofisiario pasa al lóbulo posterior, sube por el tallo pituitario, probablemente por simple capilaridad, ya por las vainas perivasculares, ya entre las fibrillas nerviosas, llegando a los centros infundibulares, poniéndose en contacto con los centros diencefálicos".

Hemos intentado exponer nuestra contribución al estudio de la neurocrinia hipofisiaria, concepto que emitimos desde el año de 1924, pero seríamos injustos si dejáramos de mencionar las investigaciones de J. Abel, que en octubre de 1924, publicó sus estudios químicos y clínicos sobre los principios activos de la hipófisis, en el boletín del Johns Hopkins Hospital, y que nuestra contribución está representada únicamente por nuestras investigaciones histológicas que fijaron la entidad anatómica e histofisiológica y diencefalo-hipofisiaria, que fué confirmada en 1925 por Remy Collín y que ha sido aceptada por Cervera y Gregorio Marañón, en España. El concepto histofisiológico de

la neurocrinia hipofisiaria, ha venido a ratificarse una vez más este año por Collín, al cual agradecemos sus puntos de vista en relación con nuestros trabajos e igualmente al Dr. Harvey Cushing que los ha tomado últimamente en consideración, confirmando nuestras investigaciones de la neurocrinia hipofisiaria.

NOTA DE LA REDACCION.—Como es muy frecuente que en nuestro medio pasen inadvertidos los estudios de los investigadores mexicanos, adjuntamos el siguiente párrafo tomado de los "Annales de Medecine", del número consagrado al Hipotálamo y a la Hipófisis, (Tomo XXXIII, número 3, Pág. 240), Reny Collín, dice:

NEUROCRINIA.—En una nota de 1924 a la Sociedad de Biología, describí por la primera vez el camino completo del coloide hasta las inmediaciones de las células nerviosas de los núcleos del tuber cinereum en el perro y resumí mis conclusiones, diciendo: "Sabemos de dónde viene y a dónde va el coloide y, desde luego, se presenta la cuestión de su acción posible sobre las células nerviosas de la región tuberiana". Es de esta nota que ha salido la noción de neurocrinia hipofisiaria, que he desarrollado después en numerosas publicaciones".

"Es de notarse que el mismo año en que fueron publicados mis primeros resultados un autor mexicano el Dr. A. Vergara Espino, describió basándose en un material de embriones humanos: 1º—El paso en la neurohipófisis del coloide secretado en el lóbulo intermedio; 2º—las relaciones de contacto entre las masas coloides y las fibras nerviosas amielínicas que después de haber recorrido la pared infundibular y el tallo pituitario, se extienden en el lóbulo nervioso".



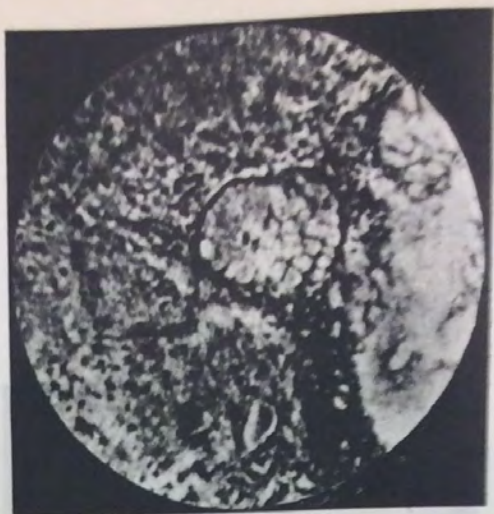
Fot. N^o 1.—Prep. orig.—Impreg. mét. Cajal.—
Corte longitudinal en la inmediación entre el infundíbulo y lóbulo neuróglico hipofisiario. Obsér-
vanse varias vacuolas que corresponden al producto
coloide, contrastando con la estructura neuróglica.



Fot. N^o 2.—Prep. orig. mét. Weigert-Meyer.—
Corte transversal de la hipófisis. El lóbulo inter-
medio presenta individualidad histológica muy vi-
sible, la relación con el lóbulo nervioso es íntima.
En la región paranerviosa, se observan acúmulos
de masas coloides.



Fot. Nº 4.—Prep. orig. Hemalum-eosina. Corte transversal del repliegue infundibular. La estructura nerviosa contrasta ostensiblemente de la pared de vesículas coloides, con el producto más abundante hacia la luz del infundíbulo.



Fot. N^o 5.—Prep. orig. Hemalum-eosina.—Corte transversal del repliegue infundibular a mayor aumento. La vesícula tiene todo el aspecto de coloide, con gran número de masas y está rodeada de muchos elementos celulares que presentan diferentes fases, hasta llegar al aspecto coloide.



Fot. N^o 6.—Prep. orig.—Impregnación argéntica de Cajal.—Las fibras nerviosas diencéfalo-infundibulares, pasan al tallo, el lóbulo intermedio llega a la parte anterior del infundíbulo, estando separado de las fibras nerviosas por una lámina conjuntiva.

SECRETO PROFESIONAL.

Por el Dr.
Juan PEON DEL VALLE.

I.—CRITERIO GENERAL.

II.—APLICACION A UN CASO PARTICULAR.

III.—CONCLUSIONES.

I

En teoría, y aun como norma de conducta del médico, debe tenerse del secreto profesional el concepto de que es algo inviolable y absoluto, a la par que carece de limitaciones. Todavía más: éste debería ser el criterio general del médico práctico. Este criterio de moralidad médica y de mutua garantía entre el cliente y el profesionista, se encuentra respaldado por los artículos 767 y 768 de nuestro Código Penal hasta 1931 y 211 del actualmente en vigor, que se refieren a la sanción que se impone a quien revele el secreto profesional y al hecho de que las autoridades no pueden compeler al médico a revelarlo.

De ellos se desprende que el médico no debe nunca revelar lo que ha sabido dentro del ejercicio de su profesión, sin el consentimiento del sujeto que se haya confiado en él.

Pero de esto a que el secreto profesional no tenga limitación, hay un trecho muy grande. Para convencernos de ello, nos basta leer los artículos 137 y siguientes del Código Sanitario que en 1934, expidió el Departamento de Salubridad Pública, referentes a las enfermedades transmisibles de declaración obligatoria.

Enseguida de leerlos, salta a la vista el conflicto que existe entre los artículos citados del Código Penal y los del Sanitario, y por cierto no son los únicos que están en esas condiciones.

En semejante caso, nuestro criterio es que el médico debe considerar una limitación al alcance del secreto profesional. Efectivamente: al tener conocimiento de una enfermedad infecto-contagiosa o transmisible, venérea o nó, y dar aviso dentro de las 24 horas reglamentarias al Departamento de Salubridad, cumple con un deber como es el respeto a una disposición sanitaria y la defensa de la sociedad. Si por un escrúpulo de conciencia cree violar el secreto profesional, debe explicar a los familiares del enfermo y de ser posible, al propio interesado, que los datos que dará al Departamento serán confidenciales y para el bien individual y colectivo; en fin, lo que dicta el sentido común y de acuerdo con las condiciones culturales del cliente.

Ante los ojos de algunos, se falta al secreto profesional haciendo tal denuncia; ante los ojos de muchos, existe el conflicto. Para nosotros, no hay dilema.

Gran verdad es que el médico no sólo debe guardar secreto de lo que le haya confiado el cliente, sino de todo lo que haya sabido en el ejercicio profesional. Todavía más: hay autores, como Vibert, que aconsejan al médico no revelar el secreto profesional aún en el caso de que el enfermo lo autorice, porque muchas veces éste no conoce el alcance que puede tener una revelación del médico.

Pues bien; a pesar de aquéllas, hay un artículo, el 378 del Código Penal francés, que nos da la razón en circunstancias como las que venimos tratando como conflicto y que, a nuestro juicio, no lo es tanto; por ser extranjero, lo transcribiremos:

"Los médicos, cirujanos y otros oficiales de sanidad, así como los farmacéuticos, las parteras y otras personas depositarias, por estado o profesión, de los secretos que se les confían y quienes, aparte de los casos en que la ley las obliga a ser denunciantes, hayan revelado esos secretos, serán castigados con prisión de uno a seis meses y una multa de cien a quinientos francos".

Así es que puede haber conflicto entre algunos artículos de nuestros Códigos Penal y Sanitario, lo cual es del resorte de los abogados afectos a disquisiciones más o menos fecundas; pero, para nosotros, la conducta del médico debe normarse por el criterio claro y diáfano que expusimos, y el cual no debe ser del todo absurdo, ya que el Código francés hace la salvedad de que no se incurre en violación del secreto profesional en los casos en

que la ley especifica que el médico debe convertirse en denunciante.

Naturalmente, a pesar de este criterio definido, como es un criterio general, queda un gran margen al médico para obrar de diferente manera según el caso, sin que por ello varíe su concepto acerca del secreto profesional.

Así pasa cuando un médico es llamado a atender a un herido y se encuentra con un intento de suicidio, un homicidio frustrado o cualquier delito semejante.

En el "Proyecto de Ley de Ejercicio de la Medicina", presentado por el Colegio de Médicos de la Capital Federal de la República Argentina, a fines de 1934, Capítulo II, Art. 8º, inciso e), está previsto:

"Guardar el secreto profesional, salvo los casos en que por graves razones legales o morales haya justa causa para revelarlo ante las autoridades o en privado, de acuerdo con su conciencia".

Ciertamente que lo que el vulgo llama "conciencia" en unos casos, "discernimiento" en otros, es algo muy elástico. Recientemente un colega nuestro prefirió ir a dar con sus huesos a la Penitenciaría antes que delatar a un enfermo suyo. De todos modos, el proyecto de los médicos de Buenos Aires, tiende a subsanar los conflictos de los códigos que en Argentina, como en México y muchos países, existen.

El autor francés antes citado dice que los casos que han levantando más controversias son aquéllos en que el médico, apoyándose en los términos de aquel artículo y por obedecer a su conciencia, se niega a decir lo que ha descubierto en el ejercicio de su profesión aun cuando tenga derecho a revelarlo ya sea por otros artículos del código o por necesidades particulares. Y para él, una de las eventualidades en que esto se presenta es la declaración de nacimiento. Dice que cuando se trata de una mujer no casada o separada del marido, puede haber interés en ocultar el parto, y que aquí podría presentarse el conflicto al médico; pero lo resuelve opinando que al médico al declarar el nacimiento le bastaría manifestar que en tal o cual fecha nació un niño con tal nombre, y no señalar las generales ni el domicilio de la madre.

Parece muy sencillo. Pero vamos a ver cómo en ocasiones las cosas se presentan aparentemente intrincadas.

Supongamos que se presenta en el consultorio de un médico un sujeto que le dice:

—Doctor, he sabido que usted atendió a mi mujer en un alumbramiento. He estado ausente algún tiempo, y, comparando fechas, comprendo que mi esposa me ha engañado. Vengo a pedirle a usted un certificado.

Para algunos, la manera de obrar está clara: puesto que el marido dice saber lo del alumbramiento, no hay revelación del secreto profesional en certificarle el nacimiento del niño.

Para otros, la manera de obrar sería distinta, porque hay mucha diferencia entre que un marido diga que su mujer ha dado a luz durante su ausencia, y que el médico certifique el nacimiento en determinada fecha. Estos obrarían según el concepto que hemos expresado del secreto profesional, o sea negándose terminantemente a dar un solo dato al marido solicitante; ni siquiera permitir la menor conversación con él a ese respecto. Nosotros nos concretaríamos a decirle que no estamos autorizados a revelar a nadie ninguna de nuestras actividades profesionales. Nos parece que este es un punto final rotundo.

Sin embargo, puede ser que no se conforme el marido, y acuda a la justicia para que comisione al mismo médico a que practique el peritaje y diga si esa señora fué atendida de un parto.

En semejante caso, puede uno tomar ejemplo de otro análogo. Relata Brouardel en su libro titulado "El Matrimonio", de la colección de sus cursos de Medicina Legal, editada en París: Se trataba de un médico que atendió a una jovencita víctima de un estupro; las lesiones fueron sin importancia, y después de tres o cuatro días todo parecía haberse terminado, cuando la justicia comisionó al mismo doctor para hacer el peritaje. Este examinó a la muchacha, y aunque sabía que había sido violada, como ya no encontró huellas de las lesiones, recordó que al médico legista no se le pide una opinión, sino una demostración, y en el informe no mencionó aquéllas lesiones.

En nuestro caso, pues, pensamos que el médico podría obrar en forma semejante: aunque le constaba que aquella señora había tenido parto, podría concretarse a decir que no encontraba huellas; el marido se quedaría en las mismas. Si las encontraba era distinto, y entonces el médico habría hecho la denuncia trascedental sin faltar a su concepto del secreto profesional. Pero esto ya sería salirnos del asunto y entrar al terreno de los paros recientes o antiguos.

Conciétando: en nuestro caso se trataría de satisfacer al marido en su deseo de saber si su esposa lo había engañado durante su ausencia, o de mantener el secreto profesional. Optaríamos por lo segundo. Así es que en ese caso especial, el médico no podría declarar sobre si había o no atendido a la señora en un alumbramiento.

De este modo se evitaría violar el secreto profesional, y lo peor que podría pasarle sería comprometer a otros en uno de los peritajes de medicina forense más delicados, o sea, la investigación de la paternidad o de la filiación, asunto en el cual todavía no coinciden los Códigos Civiles de Austria, Francia, Alemania, Inglaterra e Italia, para no citar más que los principales. En México y en Cuba, recientemente, han fracasado los químicos, al querer emplear la hematología policial.

Por último, en la mente del médico puede nacer otra idea más que lo haga negarse a hacer una declaración en el sentido que le habría gustado al esposo, es decir, podría suponer que el solicitante estuviera interesado en los términos del certificado, y para lograrlo hubiera recurrido a exageraciones o mentiras. Sería otro factor que lo afirmara en negarse a revelar el secreto de aquella mujer. Un marido astuto o menos ingenuo que el mencionado, solicitaría el certificado sin mencionar que estuvo ausente en la época en que su mujer pudo haberse embarazado; y un médico incauto podría ser sorprendido.

Y finalmente, sobre todo, como dice Brouardel, el médico no debe ser abogado de nadie. Para el marido puede ser muy importante la declaración que haga el médico, porque si bien el niño concebido durante el matrimonio tiene por padre al marido, también es cierto que éste puede negar o desconocer la paterni-

dad si demuestra que durante el lapso que estuvo ausente hubo tiempo de que otro hombre fecundara a su mujer, que ésta se preñara y que diera a luz.

Pero en México, aunque la justicia encargara al mismo médico a rendir el informe que solicitó el marido, puede abstenerse de revelar el secreto profesional sin caer por eso bajo la acción civil o penal.

III

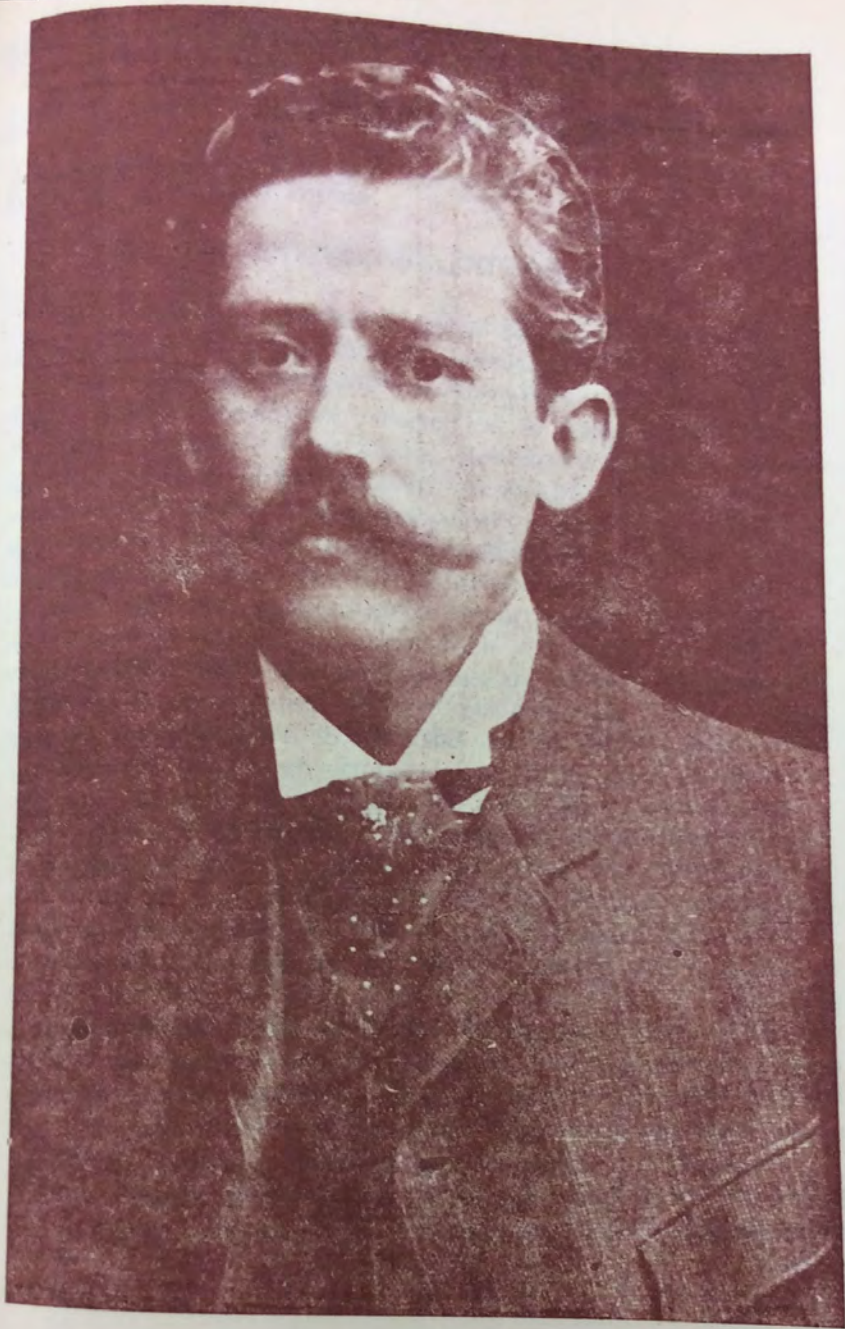
En conclusión:

1º—El secreto profesional debe ser respetado por el médico siempre que los casos caigan dentro de lo prevenido por los artículos respectivos del Código Penal, y, en los casos que tenga libertad de acción, debe basarse en el criterio general del respeto absoluto del secreto profesional sólo en los casos en que no perjudique a la salud pública.

2º—El secreto profesional tiene limitaciones.

3º—Existen algunos conflictos en nuestros códigos, que aunque el criterio del médico puede resolverlos, deben desaparecer haciendo reformas a los mismos.

4º—En el caso particular que tuvimos que ejemplificar, el médico debe abstenerse de revelar el secreto profesional.



DR. HELADIO GUTIERREZ

Alienistas y Frenocomios de Hispanoamérica.

Por el Dr. Samuel RAMÍREZ MORENO.

EL DR. HELADIO GUTIERREZ.

Nativo de la ciudad de Zacatecas, hizo sus estudios de medicina en la Facultad Nacional de México, y se recibió el 31 de agosto de 1895. Perteneció al "Hospital de Instrucción", en donde fué Secretario de la "Sociedad Francisco Montes de Oca"; tuvo a su cargo una sala de cirugía en el "Hospital Beistegui", del año de 1904 a 1913 y fué fundador de la "Cruz Blanca Neutral, en la cual desempeñó los cargos de Secretario y Tesorero.

Su actuación como especialista en enfermedades mentales se destacó en el Sanatorio del "Dr. R. Lavista de Tlalpam", donde fué médico alienista desde la fecha de su recepción, hasta el año de 1905; y después, desde el de 1917 hasta su muerte; en el Manicomio General en que fungió como Director los años de 1913 y 1914. En dicho lugar realizó numerosas innovaciones, como la fundación de una Sociedad de Psiquiatría y Ciencias Médicas; la creación de un laboratorio de análisis clínicos; fué el iniciador en la aplicación del trabajo y del deporte como medios terapéuticos en los enfermos mentales; formuló una clasificación de los padecimientos psíquicos y realizó muchas mejoras de orden material en el Establecimiento.

El Dr. Gutiérrez cultivó con éxito la cirugía; pero estudioso y tenaz, llegó a tener vastos conocimientos en el terreno psiquiátrico.

Era hombre de carácter enérgico y gran decisión; estricto en el cumplimiento del deber, pero con un fondo de inmensa bondad. Siempre extendió su mano protectora a quien le pedía ayuda y fué gran amigo de los estudiantes.

Nosotros le recordamos con inmenso cariño y gratitud y fuimos de los primeros en sentir su muerte que acaeció el 30 de mayo de 1929.

Primera Conferencia Inter - Americana de Higiene Mental. ==

BRASIL — 1935.

Río de Janeiro: del 14 al 18 de Julio. San Pablo: del 19 al 21 de Julio.

Patrocinado por el EXCMO. SR. PRESIDENTE DR. GÉ-
TULIO VARGAS.

Bajo los auspicios de los Excmos. Sres. Ministros, Dres. Gustavo Capanema, de Educación y Salud Pública; Agamenon Malgalhaes, de Trabajo; J. C. Macedo Soares, de Relaciones Exteriores, y de los Excmos. Sres. Interventores, Dres. Pedro Ernesto y Armando de Salles Oliveira.

COMISION EJECUTIVA.

Presidente: Dr. Ernani Lopes; Vice-Presidente: Prof. Dr. J. P. Porto-Carrero; Secretario-General-Tesorero: Mirandolino Caldas; Secretario Administrativo: Bernardo Scheinkman.

PRESIDENTES HONORARIOS.

Argentina: Prof. Dr. Gonzalo Bosch.—Bolivia: Prof. Dr. Félix Sánchez.—Brasil: Prof. Dr. R. Leitao da Cunha.—Canadá: Prof. Dr. Charles F. Martin.—Chile: Prof. Dr. Hugo Lea Plaza.—Cuba: Prof. Dr. Francisco M. Fernández.—Rep. Dominicana: Dr. J. I. Mañón.—Ecuador: Dir. Dr. Miseno Saona.—Estados Unidos: Clifford Beers y Dir. Dr. Arthur H. Ruggles.—Guatemala: Dir. Dr. José Manuel Artas.—México: Prof. Dr. Samuel Ramírez Moreno.—Paraguay: Prof. Dr. Cándido Vasconcellos.—Perú: Dir. Dr. Baltasar Caravedo.—Puerto Rico: Dir. Dr. Mario Juliá.—Uruguay: Prof. Dr. Antonio Sicco.—Venezuela: Dir. Dr. G. Aranda.

NOTA.—El Congreso se ha transferido para el mes de octubre próximo.

NOTAS SINTETICAS.

Por el Dr. _____
Juan PEON DEL VALLE.

CONGRESO INTERNACIONAL DE NEUROLOGIA.

Del 28 de julio al 2 de agosto, tendrá lugar en Londres, el Congreso Internacional de Neurología, en el que se tratarán temas como el de la epilepsia, el líquido encéfalo-raquídeo, las funciones del lóbulo frontal, el hipotálamo y la representación central del sistema.

Figuran como Presidente, el Dr. Gordon Holmes; como Secretario General, el Dr. Kinnier Wilson y como representantes de diversos países (y algunos de ellos como Vicepresidentes), los que siguen: Brower, de Holanda; Ballado, de Argentina; Christiansen, de Dinamarca; Claude, de Francia; Foerster, de Alemania; Haslavec, de Checoslovaquia; Lafora, de España; Ley, de Bélgica; Austregesilo, de Brasil; Marburg, de Austria; Marinesco, de Rumanía; Egas Muniz, de Portugal; Krohn, de Noruega; Orzechewski, de Polonia; Riley, de Estados Unidos; Rossi, de Italia, Russel, de Canadá; Schaffer, de Hungría.

Es lamentable que las fechas en que se celebren congresos tan importantes como el Panamericano, el de Higiene Mental y el de Neurología, obliguen a algunos especialistas a faltar a unos por concurrir a otro. Esperamos que haya más acuerdo para la próxima vez.

EL JUEGO DE AZAR EN PATOLOGIA MENTAL.

Nos dice con su estilo siempre ameno y a veces festivo, el Dr. Félix Regnault, que "el juego es una enfermedad mental de la misma manera que las toxicomanías", y agrega: "me extraña que el estudio de ese síntoma esté ausente de nuestros tratados de psiquiatría".

En realidad ya se ha escrito algo acerca del juego desde el

punto de vista psicopatológico, pero equiparado a las toxicomanías como lo hace el Dr. Regnault, se presta a algunas consideraciones.

En efecto, veamos sus párrafos en el número 1, año 33, enero de 1935, de su "Revista Moderna de Medicina y de Cirugía", de París:

"Entre nuestros parlamentarios acusados de concusión, algunos se han defendido diciendo: "Yo soy pobre", y eso era verdad. Esa razón ha parecido convincente, pero en ningún modo era suficiente para probar su probidad, porque eran jugadores...

"El jugador no tiene voluntad para resistir a su pasión. En cuanto tiene algún dinero corre a arriesgarlo y en cuanto lo ha perdido se halla en el mismo estado que el morfinómano que no vacila en acudir a los medios más viles y más deshonorosos.

"Y este mal parece incurable, hasta tal punto se arraiga el vicio en los hombres.

"El jugador es más peligroso que el toxicómano, porque este último no puede ocultar la pasión que modifica su estado normal, mientras que el jugador conserva un trato agradable en la sociedad, no pierde sus facultades y siempre es capaz de seduciros.

"Del mismo modo que el toxicómano, tiene el espíritu de la camaradería para aquellos que tienen su mismo vicio.

"El juego crea simpatías entre el católico y el libre pensador, entre el monárquico y el socialista y entre el patriota y el internacionalista. Yo he visto reunidos en la mesa de un jugador las personalidades más diversas: marqueses, parlamentarios, gobernadores, banqueros y extranjeros cuya moralidad no era bien conocida... y todos se entendían muy bien.

"Existen asilos de temperancia, sanatorios para tuberculosos. Pues ¿por qué no existirían también establecimientos especializados en la curación del juego?"

Es desacertado encontrar semejanzas entre las toxicomanías y la afición al juego. Lo único de común que tienen el toxicómano y el jugador es su constitución psicopática. El toxicómano y el jugador nunca son sanos siquiera sea relativamente, pues no se conoce al sano perfecto, pero rara vez son alienados;

casi siempre son **fronterizos**. De ahí que se les encuentren aparentes semejanzas; o aceptando que sean semejanzas, jamás serán analogías.

Un concepto bien meditado del jugador, un concepto psicológico y psiquiátrico de lo que es el jugador, no puede exponerse en tan breves líneas, y sólo daremos un bosquejo.

Descartamos desde ya al jugador de ajedrez, al jugador de frontón y a todo jugador que no lo sea de juegos de azar. No nos interesa por el momento. Nos vamos a referir al juego de azar, al juego de cartas o naipes especialmente.

El juego es una diversión. Como aficionados al juego existen desde el intelectual hasta el patán; desde el sabio hasta el palurdo, y una gran mayoría de mediocres. Se encuentran desigualmente distribuidos dentro de una gama que empieza por el aficionado y termina en el vicioso.

En los sujetos normales y aficionados al juego, notamos muchas fallas como jugadores: se distraen, se divagan, pierden la atención. Si el jugador es un intelectual que para divertirse, entretenerse o descansar, organiza una partida de poker, vemos que durante las horas del juego sufre distracciones que le ocasionan perder o ser sorprendido por sus contrincantes. Si el jugador es un hombre de cortos alcances, sencillo, ingenuo, observamos el placer del juego francamente manifestado como un signo de puerilismo, de **infantilismo mental**. Tanto uno como otro es un **mal jugador**; su atención focal, por causas diversas, **flaquea**; la atención marginal queda solicitada en uno por sus preocupaciones ajenas al juego, en otro por los elementos circunstanciales.

En cambio, uno que se destaca como **buen jugador** es digno de sospechas. Puede tratarse de un **profesional**, de un **tahur**; puede tratarse de un **enfermo mental**. Si es un jugador profesional, es simplemente un individuo apto o educado para ese fin, y no debe ocuparnos ahora. Si es un enfermo ¿qué síntomas presenta? Desde luego **monoideísmo**. En el psicópata constitucional el juego puede estar constituido por **entusiasmo**, **pasión** o **vicio**. En el primer caso le sirve de **drenaje** o de **derivativo** para sus **complejos sumergidos**; en el segundo y tercero ya es

un síntoma, pues el juego como pasión y como vicio da lugar a **errores de conducta**, que colocan al sujeto en conflicto con el medio social normal o habitual.

¿En cuántos individuos el juego no es más que un **equivacitos**", existen los extravagantes, los excéntricos, existen los tímidos, los insuficientes, los impotentes, los débiles mentales. El "refugio en la enfermedad" de que nos hablan Freud y Kretschmer, tiene su expresión en el "refugio en el juego". Existen también psicasténicos en los que el juego es una obsesión: necesidad angustiada de jugar; o es una fobia, pasión paradójica o negativa, el "horror al esfuerzo" de que nos habla Janet, tiene su manifestación en el temor al esfuerzo de atención que requiere el juego.

Creemos haber pasado revista a los distintos aspectos del jugador patológico. Conste que no nos hemos referido **al que juega**, sino al **jugador**. La diferencia es evidente. Cuestión de conceptos, cuestión de criterio.

El jugador, dentro de la sociedad, es un **peligroso**. Debe caer bajo el cuidado de la Liga de Higiene Mental, del Consejo de Defensa y Prevención Social o de cualquier institución con fines análogos. El jugador es molesto, es perjudicial, debe ser tratado y controlado. Pero de un modo muy distinto al toxicómano.

En otra ocasión abordaremos el asunto desde el punto de vista de la profilaxis y curación del jugador por temperamento, del jugador por enfermedad. Pero podemos avanzar esto, referente a la génesis del juego: a unos podrá evitárseles, a otros no, y aún a otros habrá que respetárseles. Las razones pueden inferirse del concepto del juego según se presente como diversión, pasatiempo, afición, entusiasmo ("amateur enragé"), pasión, monoidéismo, equivalente, drenaje de complejos y profesión inmoral.

PROGRAMA MINIMO DE PROFILAXIS MENTAL.

El Dr. Arturo Ameghino, pronunció una conferencia que vemos publicada en el número 127, Año XXI, febrero 1935, de la "Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal" de Buenos Aires, Argentina, bajo el título "La Acción del Estado en el Mejoramiento de la Raza". Después de disertar acerca de los propósitos de la medicina social, la higiene mental y la degeneración, los métodos de la higiene mental, y de mencionar lo realizado en medicina social en el mundo y en Argentina, emite la acertada opinión de que en un país virgen se tropieza con imposibilidad para hacer desde luego un programa completo de profilaxis mental. Propone un programa mínimo que tome en cuenta las causas sociales de la locura, la depuración del ambiente de sujetos peligrosos y la vigilancia de los que no hayan podido ser internados. Las dos instituciones que cree darían buen resultado en Argentina, pensamos que lo darían en México: el patronato de alienados y el servicio social complemento del consultorio en la captación de enfermos.

LOS PRIMEROS USOS DE LA EMETINA EN EL ALCOHOLISMO.

Nuestro colaborador el Dr. Antonio Tena, publicó en el Vol. I, número 4, noviembre de 1934, de esta Revista, un interesante artículo acerca de la "Acción del Clorhidrato de Emetina en el Tratamiento del Alcoholismo y sus Complicaciones". Mencionaba al Dr. Bodart, de Bélgica, como el primero en haber empleado la emetina formalmente para tratar a los alcohólicos. El Dr. Ernani Lopes, de Brasil, en los "Archivos Brasileiros de Higiene Mental", año VII, número 4, diciembre de 1934, al comentar el trabajo del Dr. Tena (que también fué comentado en la Revista Argentina de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal, por el Dr. Osvaldo Loudet y en el Boletín del Asilo de Alienados de Oliva, por los Dres. Ferrer y Hernández), pone una nota al margen, que dice: "Antes del belga, Dr. Bodart, ya el clorhidrato de emetina fué calurosamente aconsejado en el alcoholismo por el Dr. Montgomery Paton, de Melbourne. Este

profesional tenía el medicamento en aprecio como un verdadero específico del alcoholismo crónico. Véanse referencias en el *British Medical Journal*, 13 enero 1906". Es muy interesante para la historia y el mejor conocimiento de la evolución del empleo de la emetina, ir conociendo los nombres de los primeros que ensayaron el medicamento. Pero, de todos modos, los primeros que han aplicado un método en el tratamiento del alcoholismo agudo, del alcoholismo crónico y de las complicaciones del alcoholismo, por medio de la emetina, han sido Bodart en Bélgica, iniciándolo, y Tena en México, modificándolo. En virtud de la simpatía y seriedad con que han visto este procedimiento los especialistas de Europa y América, pronto tendremos una estadística útil.

CORIZA ESPASMODICA Y YODO.

Sternberg ha utilizado como vasodilatador el yoduro de sodio en solución al 1% (inyección subcutánea de 1 cc). Las pequeñas dosis de yodo libre contenidas en las viejas soluciones de yoduro de sodio, son las que tienen un efecto curativo, al paso que la inyección de una solución fresca de yoduro de sodio puro no da ningún resultado.

Enrique Fernández Soto, de la Habana, utiliza tubos de 1 cc. de solución de yoduro de sodio al 3% con rastros de yodo libre, y sus ensayos, continuados desde hace más de dos años, han sido muy satisfactorios. Morris Levine, de Nueva York, emplea una solución más concentrada, de 5%.

El yodo parece combatir, dice "El Monitor Terapéutico", de abril 1935, los trastornos de circulación y de permeabilidad locales; no actúa ni sobre el equilibrio coloidal como los hiposulfitos, ni sobre el sistema vago-simpático como la pilocarpina, la adrenalina, la efedrina.

FENOMENO PUPILAR EN LA APENDICITIS CRONICA.

Moszkowicz, Buchmann y Savitzki, han publicado sus observaciones en más de 3500 casos de apendicitis crónicas operadas. En 88% de estos casos se ha observado la dilatación de

la pupila derecha, en 6% el de la pupila izquierda, en 6% había isocoria. Dice Savitzki, ayudante de Buchmann, que en la apendicitis crónica las principalmente afectadas son las glándulas y el aparato secretorio del apéndice; las fibras del simpático están afectas de hipergénesis, formando a veces neuromas. Cabe atribuir los dolores subsiguientes a las apendicectomías a la formación de neuromas en el muñón del apéndice. La hipergénesis de la red de las fibras del simpático y la midriasis derecha sólo se observan en caso de apendicitis. Estos síntomas no se encuentran en las otras afecciones de las vísceras de la porción derecha de la cavidad abdominal y de la pelvis (de "Le Monde Médical"). La dilatación de la pupila derecha se encuentra en 4 a 6% de los casos. La anisocoria desaparece a partir de los dos meses y medio de practicada la operación. En la apendicitis crónica el estado de la pupila depende del estado de la inervación simpática del apéndice cecal. Esta relación no existe en los casos de apendicitis agudas y subagudas, en los que no interviene la hipergénesis de las fibras del simpático.

La dilatación pupilar podría explicarse por los hechos anatómicos siguientes: la región cecal y el apéndice vermiforme, están inervados por fibras del simpático que están en conexión con el noveno, el décimo (gran nervio esplánico), más raras veces con el undécimo segmento medular. Por allí pasa también un hacesillo de fibras ascendentes que reúnen el músculo ciliar largo con el músculo dilatador de la pupila y con el de Miller. Esta es la vía que seguirían las excitaciones que van desde el apéndice enfermo hasta la pupila. Los autores franceses no han corroborado en todas sus partes esas observaciones (v. "Le Monde Médical"), pero han podido observar en algunos casos una dilatación pasajera de la pupila derecha al practicar la ligadura del mesentario durante la apendicectomía.

Como quiera que sea, cada día conocemos nuevas causas de anisocoria, y esto tiene especial interés en neurología y psiquiatría.

ESCLEROSIS EN PLACAS Y SALES DE ORO.

En la policlínica de Bruselas, publica "El Monitor Terapéutico" de abril 1935, se utiliza una auto-tio-glucosa en suspen-

sión oleaginosa para reducir al mínimo los riesgos de accidentes cutáneos y renales. La posología más favorable empieza por dosis muy débiles (2 mgr). Se efectúa una inyección cada cuatro días, repitiendo una vez la dosis precedente; de ocho en ocho días, se duplica la dosis empleada durante los ocho anteriores. A partir de 5 mgr. no se practica ya sino una inyección por semana, repitiendo siempre una vez la dosis precedente. Generalmente no se excede de 30 mgr., dosis que se repite con diez días de intervalo.

Sobre 12 casos tratados por Dubois-André ("Le Scalpel", oct. 1934), se han obtenido 12 éxitos, y durante tres años no se ha observado ninguna recaída; pero el tratamiento debe ser templanamente aplicado, lo cual hace necesario un diagnóstico oportuno.

ZONA Y VACUNA ANTIESTAFILOCOCCICA.

La vacuna antiestafilocócica ha sido utilizada con buenos resultados en 130 casos de zona por Craps ("Scalpel" y "Monitor", loc. cit.) Inyéctase esa vacuna localmente a la dosis de medio cc., repitiéndose pasadas cuarenta y ocho horas. Las dosis elevadas y repetidas de vacuna aplicadas lejos de la erupción son capaces de trastornar su evolución, pero como efecto curativo y analgésico son preferibles las estrictamente locales.—Enrique Bouquet, en "Le Monde Médical" de marzo 1935, año XLV, Núm. 888, reconoce la primacía de este método a Camescasse, que lo publicó en el "Bulletin de l'Académie de Medecine" de París, el 13 de noviembre de 1934, y después a los trabajos de Crops, de Bruselas, Malherbe, de Nantes y Pucrap, de St. Nazaire.

TOXICOMANIAS TRATADAS POR LOS LIPIDOS VEGETALES.

Dupouy y Delaville ("L'Encephale" número 3, "El Monitor Terapéutico" abril 1935), basándose en el hecho de que el tóxico se fija sobre las neuronas en cuyos lipoides es soluble como todos los venenos neurotropos, han imaginado reemplazarlos por

medio de lípidos vegetales bajo forma de una preparación oleaginoso llamada "aceite DD" a base de aceite de ricino y de lecitina.

A las inyecciones bicotidianas de este preparado, agregan una cura de insulina, modificadores apropiados del sistema vegetativo e hipnóticos. 30 observaciones sin accidentes ni fracasos, hacen decir a los autores que el método permite la desintoxicación del organismo en un plazo de cinco días.

Tanto por el uso de insulina, peligrosa arma de dos filos, como por el de hipnóticos, de cuyo empleo nos ocuparemos en otra ocasión, no podemos recomendar el procedimiento.

NEUROCIRUGIA Y FIBROGLIOMAS.

En el estudio que hacen Crouzon y Christophe en "Le Monde Médical" de marzo 1935, acerca de las "Compresiones Medulares en la Neurofibromatosis", llegan a las siguientes conclusiones:

1º—La necesidad, en presencia de signos de compresión medular, de pensar en la neurofibromatosis y de investigar cuidadosamente los signos cutáneos discretos de la enfermedad de Recklinghausen, permitiendo su comprobación eventual sospechar una compresión por fibroglioma radicular;

2º—La necesidad, por lo contrario, en presencia de un caso de neurofibromatosis periférica, de practicar un examen neurológico completo, susceptible de poner en evidencia signos precoces de invasión medular, de invasión de los nervios craneales o del sistema nervioso central;

3º—La necesidad de sospechar, en casos de compresión medular por neurofibromatosis, la existencia posible de varios tumores, susceptibles de ser intervenidos quirúrgicamente.

LA ASISTENCIA AL ENFERMO MENTAL.

Con ese título ha publicado el Dr. Luis Valenciano, en Madrid, 1934, un libro utilísimo para los médicos que se dedican a la enseñanza de enfermería psiquiátrica. Contiene nociones de anatomía, fisiología e higiene generales y especiales del sistema nervioso, elementos de psicología y psiquiatría, y técnicas de enfermería.

MAS ACERCA DE LA HEMATOPORFIRINA EN EL TRATAMIENTO DE LA MELANCOLIA.

Photodyn es el nombre de la preparación de hematoporfirina para el tratamiento de los melancólicos. Se usa por vía oral, 30 gotas tres veces al día, e hipodérmica, 1 mmgr. cada dos días. Se pone al enfermo al cubierto de los rayos solares para no modificar en pro ni en contra los cambios bioquímicos y para controlar la dosificación sin sacar conclusiones empíricas. Dos series de 6 inyecciones bastan para la cura total, pero desde las dos o tres primeras suele notarse mejoría. Esta es la opinión del Dr. Conrado O. Ferrer, del Asilo de Alienados en Oliva, Córdoba, Argentina.

HIGIENE SOCIAL.

El Dr. Waldemar E. Coutts, Jefe de la Sección de Higiene Social de la Dirección General de Sanidad de Chile, publicó en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de Washington, Año 14, Núm. 4, abril de 1935, un interesante artículo titulado "La Asociación de Padres de Familia como Organismo de Acción en la Higiene Preventiva y Social". Nos es imposible producirlo aquí, pero su trascendencia es tal, que nos permitimos recomendar su lectura en la conocida e importante revista donde aparece. Dicho trabajo está inspirado en algunos votos y proposiciones acordados por la IX Conferencia Sanitaria Panamericana y la II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura.

LA RADIOTERAPIA DEL SIMPATICO.

Los doctores Delherm y Beau, de la Pitié y la Salpetriere de París, dicen que la radioterapia del simpático parece obrar:

- 1º—Por una acción excitante o moderadora;
- 2º—Por supresión de una causa perturbadora;
- 3º—Restableciendo una función insuficiente;
- 4º—Restableciendo el equilibrio en una perturbación de fases alternadas que regulan el juego de las funciones de diversos órganos;

5º—Por una acción mixta funcional ligeramente destructiva, como en la enfermedad de Basedow.

En su artículo publicado por "Le Monde Médical" de marzo 1935, pasan revista a las afecciones cutáneas (pruritos localizados, síndromes vasculares y tróficos, síndrome de Raynaud), a los síndromes circulatorios (angina de pecho, hipertensión arterial, arteritis obliterante, asma y coriza espasmódica, coqueluche), a los síndromes digestivos, al sistema nervioso (algias de naturaleza simpática, siringomielia, tabes), a los trastornos endocrinos (ováricos, hipofisarios, paratiroides, diabetes, enfermedad de Graves-Basedow).

Agrupan en cuatro órdenes las acciones observadas sobre la sangre, consecutivamente a la irradiación con los rayos X, de diversas regiones del organismo:

- Acción sobre la coagulabilidad de la sangre;
- Modificación de la fórmula leucocitaria;
- Acción sobre la calcemia;
- Acción sobre la glucemia.

NEUROMELITOCOCIA.

En una conferencia publicada en la "Gaceta de los Hospitales", y mencionada en "Le Monde Médical", (loc. cit.), el Dr. H. Roger, de Marsella, señala, en noviembre de 1934, las "complicaciones nerviosas de la melitococia", y cuando el cuadro es franco, llama a esa forma clínica de fiebre ondulante "neuromelitococia". Describe las paraplegias, con sus caracteres especiales; las meningoencefalitis, con cortejo especial también, como espasmos vasculares silvianos, paresias, cefalea, síndrome cocleo-vestibular, astenia, episodios delirantes; las neuritis; los desórdenes nerviosos tardíos, y, finalmente, hace constar la afortunada rareza de estas complicaciones, y su presencia tanto en la fiebre ondulante producida por el micrococcus melitensis como por el bacilo de Bang.

El eminente doctor Pittaluga, de Madrid, que nos visita y fué nombrado Profesor Extraordinario de la Universidad de México, por entrega que del pliego respectivo le hizo el Rector Ocaranza en ceremonia reciente, recibe con estas líneas un cordial saludo y entusiasta homenaje de la REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL. El recuerdo de su hidalga amistad y de sus sabias enseñanzas, perdurará entre nosotros.

12 a 19 de Octubre de 1935.

México, D. F.

VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO.

CONVOCATORIA.

El señor Presidente de la República, teniendo en consideración que, al verificarse el VI Congreso Panamericano del Niño en la ciudad de Lima, Perú, se designó la ciudad de México, como sede del VII Congreso, ha tenido a bien acordar que éste se celebre en esta Capital, del 12 al 19 de octubre del presente año, y que, al efecto, se invite a los Gobiernos de las Naciones Americanas, para que envíen delegados a dicha asamblea. La Comisión Organizadora del VII Congreso Panamericano del Niño, ha quedado integrada en la forma siguiente:

Presidente: Doctor Abraham Ayala González.

Primer Vice-Presidente: Doctor Aquilino Villanueva.

Segundo Vice-Presidente: Doctor Alfonso G. Alarcón.

Secretario General: Doctor Alfonso Pruneda.

Pro-Secretario: Doctor Francisco de P. Miranda.

VOCALES:

Sección Primera: Doctores Isidro Espinosa de los Reyes y Mario A. Torroella.

Sección Segunda: Doctores Pablo Mendizábal y Juan Farril.

Sección Tercera: Doctores Alfonso G. Alarcón y Rigoberto Aguilar P.

Sección Cuarta: Doctores Federico Gómez y José F. Franco.

Sección Quinta: Licenciados Antonio Médez Bolio y Manuel Rueda Magro.

Sección Sexta: Doctor Gaudencio González Garza y Profesora Rosaura Zapata.

En nombre de la Comisión Organizadora, se convoca a los médicos, abogados, parteras, enfermeras, maestros y padres de familia, y, en general, a las personas que en América se interesen en los asuntos de la infancia, así como a las Instituciones del Continente que se ocupan de ellos, para que tomen parte activa en el Congreso.



NEUROTONINE

REG. 15314

Sedante.

Hipnótico.

Antiespasmódico.

F O R M U L A :
Sal sódica de ácido Dietilbarbitúrico 3 00
Extracto de raíz de Valeriana fresca 97,00

**UTILISIMO EN INSOMNIOS, AGOTAMIENTO NERVIOSO,
ESPASMOS, ESTADO DE ANSIEDAD, ETC.**

DOSIS:

SEDANTE. — Media cucharadita cafetera por la mañana y una o dos por la noche.
HIPNOTICA. — Una a tres cucharaditas por la noche al acostarse.

LABORATORIOS "GAVRAS", PARIS

REPRESENTANTE PARA LA REPUBLICA MEXICANA

JUAN DE OLLOQUI.

ANTONIO SOLA NUM. 58

MEXICO, D. F.

BISMUTHOIDOL "ROBIN"

Reg. 10431 D. S. P.

Tratamiento de Fondo de la Sífilis

Terapéutica Racional de la Neurolúes

Complemento Específico de 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.

MERCUROBROMO-OXIFLUORESCEINA SODICA SALUBLE

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN

AV. CHAPULTEPEC, 297

MEXICO, D. F.

UNICOS DISTRIBUIDORES DEL PODEROSO ANTISEPTICO

MERCUROBROMO-OXIFLUORESCEINA SODICA

SAL PURISIMA CONTROLADA QUIMICA Y BIOLÓGICAMENTE 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 señores míos:

Me interesa por la sal MERCUROBROMO-OXIFLUORESCEINA y deseo
se me remita libre de portes una muestra (frasco de 1 gramo) para experimentación.

Nombre.....

Dirección.....

Estado.....

CUPON

EL PERHEPAR RICHTER

Ampollitas. Registro No. 11555, D. S. P.
USESE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA
Cada ampoyeta de 2 c. c. corresponde al valor terapéutico
de 500 grs. de hígado fresco.

Es un extracto de hígado de ALTA CONCENTRACION,
que EXITA INTENSAMENTE LA HEMATOPOYESIS,
por lo que está indicado en la Anemia Perniciosa, numerosas
anemias infantiles, distintas anemias del embarazo y en
otras formas de anemia.

Y

ESTIMULA CONSIDERABLEMENTE LAS FUNCIONES
HEPATICAS, por lo que es muy útil en el tratamiento de
las insuficiencias hepáticas [M. Villaret y J. Besancon] y de
las cirrosis del hígado (E. Von Hueber).

REPRESENTANTES: DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS RICHTER, S. A.
Humboldt 42 Eric. 3-27-85. Mex. J-23-24. México, D. F.

CLINICA DEL
Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO
—
ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS
—

1a. CALLE DE GENOVA, 39

TELEFONOS

Ericsson, 4-20 62.

Mexicana, L 72-30

MEXICO, D. F.



EDIFICIO PRINCIPAL Y EL ANEXO PARA SEÑORAS