

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL



Propiedad de la
**Academia de Medicina
de México**

SUMARIO

EDITORIAL

INVERSION DE LOS REFLEJOS.

POR EL DR. ADOLFO M. NIETO.

CONCEPTO ANATOMOPATOLOGICO DE LOS TUMORES CEREBRALES. POR EL DR. CONRADO ZUCKERMANN.

AUTOMEDICACION Y PEQUEÑAS NARCOMANIAS. POR EL DR. JUAN PEON DEL VALLE.

ALIENISTAS Y FRENOCOMIOS DE HISPANOAMERICA.

"EL ASILO CHAPUI DE COSTA RICA".
POR EL DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO.

"EL DR. BERNARDO ETCHAPARE". POR
EL DR. ELIO GARCIA AUSST

NOTAS SINTETICAS.

Septiembre de 1935.

México, D. F.

SEDALMERCK

ANALGESICO
ANTIPIRETICO
ANTINEURALGICO

de efectos particularmente potentes.

Tabletas

FANTAN MERCK

G O T A
REUMATISMO
articular y muscular

preferido por su
perfecta tolerancia

TABLETAS - POLVO

E. MERCK - DARMSTADT

Reg. No. 3105, 3082 y 3320. Úsese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica Sedalmerck - Fantán M. R.

Venta en México: Merck - México, S. A.
MEXICO, D. F.



**E. MERCK
DARMSTADT**

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 9. 1o. DE SEPTIEMBRE DE 1935 MEXICO, D. F.

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

SE SOLICITA EL CANJE CON PUBLICACIONES SIMILARES

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

TODA CORRESPONDENCIA DIRIJASE A LA REDACCION,
GENOVA, 39. MEXICO, D. F.

COLABORADORES REPRESENTANTES EN LA REPUBLICA

DISTRITO FEDERAL: Dres. José León Martínez, Arturo Bale-
dón 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. Agundís.

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 Ramírez Moreno.

PSIQUIATRIA INFANTIL: Dr. Manuel Neimann.

PALUDOTERAPIA: Dr. Luis Vargas.

TOXICOMANIAS: Dr. Juan Peón del Valle y Varona.

NEUROLOGIA OCULAR: Dr. Raúl A. Chavira.

FISIOTERAPIA: Dr. Guido Torres Martínez.

LABORATORIO: Dres. Luis Gutiérrez Villegas 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 ó 3 veces por semana

2 FORMAS :

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

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

LABORATORIOS CLIN - Comar & Cie. 20 Rue des Fossés-Saint-Jacques Paris VI^e
AGENCIA GENERAL : 9° de Balderas N° 132 - Apartado 1977 - México, D.F.

¿DEBE SER LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRÍA OBLIGATORIA EN LA FACULTAD DE MEDICINA?

La frecuente modificación en los planes de estudios que, en los últimos años, se ha hecho en la Facultad de Medicina, ha tenido por objeto, mejorar la enseñanza y limitar, hasta donde ha sido posible, la enorme extensión de los estudios, que por el progreso incesante de la medicina se van imponiendo.

Implantado el pensamiento fisiológico por el Maestro Ocaranza como la base fundamental en la orientación médica, era indispensable formular programas, que comprendieran las asignaturas fundamentales, sin desatender, desde luego, las accesorias y darle especial atención a las prácticas individuales de laboratorio e investigación que ya se pueden realizar muy ventajosamente, debido a las mejoras que en este sentido llevó a cabo el Dr. Ignacio Chávez cuando fué Director.

Pero sucedía, que el sexto año de la carrera, estaba verdaderamente apretado de materias, y los estudiantes casi no disponían de tiempo para asistir a sus cátedras, ya que para ello tenían que abandonar, en parte, su trabajo como internos en los hospitales.

La consecuencia de esta acumulación de estudios, era que no pusiesen su dedicación a ellos, ni obtuvieran el aprovechamiento necesario, y la asistencia a muchas de las clases, tenía por objeto, sólo llenar el requisito a que se les sujetaba.

El Dr. Palacios Macedo actual Director de la Escuela, con muy buen criterio, acordó con el asentimiento del profesorado que se supriman algunas materias, para que los alumnos dispongan de más tiempo, se dediquen mejor al estudio de las que tienen y cumplan con las obligaciones del internado. Los profesores podrán exigirles mayor dedicación a éstos para que los cursos sean verdaderamente provechosos.

Las cinco Clínicas de especialidades, (Dermatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología y Psiquiatría) que en

años anteriores eran obligatorias para todos los alumnos y cuyo estudio se hacía de modo atropellado y con poca utilidad, actualmente son optativas, es decir que de ellas cada alumno escoge una, de acuerdo con sus inclinaciones o vocación, pero que ésta sea estudiada más concienzudamente y el curso sea más amplio y descansado.

Estas especialidades para muchos de los profesores que las cultivan, se conceptúan como de importancia extraordinaria en la carrera del médico,—pues es un criterio muy extendido entre los especialistas, que la rama a que se dedican sea considerada como transcendental.— Sin embargo, creemos como el Director de la Facultad, que las especialidades no deben ser obligatorias para los alumnos que no tengan especial interés en cultivarlas, pues no son indispensables en la enseñanza completa de la medicina.

Pero, juzgamos con criterio imparcial,—y ésta opinión no es sólo nuestra,— que la **patología y clínica mentales** deben ser de estudio imprescindible para todo galeno, pues como dice el ilustre alienista peruano Honorio Delgado: “Sin educación psiquiátrica no hay médico cabal”. Y en efecto así es, ya que independientemente de los conocimientos distintos y nuevos que la Psiquiatría le trae, le plantea problemas que debe resolver en su práctica.

No sólo constituye esta disciplina como se piensa, el estudio exclusivo de las enfermedades mentales, sino de todas las anormalidades psíquicas. Su conocimiento orienta en los métodos de psicoterapia, prepara para el conveniente desempeño de actividades profesionales como las de médico escolar, médico de cárceles, médico legista y muchas otras más; da a conocer las bases de la higiene mental cuya realización protegerá a la humanidad del avance cada vez más creciente de las enfermedades mentales; pero sobre todo, proporciona cultura personal muy amplia, pues el médico obtiene en sus fuentes, mayor conocimiento del espíritu humano y de sus aspectos morbosos; le recuerda asimismo nociones de psicología que con tanta frecuencia olvida y que si las aprovecha, le ayudan grandemente en la lucha por la vida para el ejercicio de su profesión; lo apartan del criterio puramente material y somático con que por desgracia casi siempre ve a todo enfermo sin valorar los fenóme-

nos que como ser humano presenta y sin reconocer los estados tan diversos del espíritu, que cualquier dolencia origina. Ello hace comentar a Bleuler, que la falta de conocimientos de Psicología y de Psiquiatría en el médico es imperdonable, siendo que éste debe ser el más psicólogo de todos los hombres.

El médico, sin llegar a ser especialista, necesita la cultura psiquiátrica que le servirá para dejar de ver al enfermo sólo como un instrumento de trabajo, pues atendería mejor los problemas morales de éste, se compenetraría más de su situación, ejercería concienzudamente la medicina mental, que es la terapéutica que en todos los casos, siempre puede hacerse, y estaría preparado para apreciar no solamente la parte de las dolencias que atacan al cuerpo, sino las que afectan al espíritu y que son las que incuestionablemente originan mayor número de desgracias para la Humanidad.

Dr. Samuel Ramírez Moreno.

**Medicación Remineralizadora
a base de Glicerofosfatos**

“MANGANO-PHOSPHAL”

G O T A S

REGISTRO NUM 13754 - D S. P.

SIN ARSENICO, SIN ESTRICNINA Y SIN NINGUN TOXICO

LABORATORIOS DE BIOLOGIA MEDICA DE
LOUIS JULIEN.—DOCTOR EN FARMACIA

105, RUE DE RENNES -PARIS.

REPRESENTANTES PARA LA REPUBLICA MEXICANA

OFICIO FARMACEUTICO MEXICANO, S. A.
AV. CHAPULTEPEC, NUM. 153. MEXICO, D. F.

Propiedad de la
Academia N. de Medicina
de México

INVERSION DE LOS REFLEJOS

Por el _____

DR. ADOLFO M. NIETO

Consiste no sólo en la producción de movimientos contrarios a los normalmente despertados por las excitaciones, sino —dentro de un criterio más amplio— en la alteración sistemática de las reacciones motrices.

Reflejo plantar: La inversión típica de este reflejo —signo— de Babinski— se caracteriza por tres fenómenos simultáneos:

flexión dorsal "lenta y majestuosa" (Van Gehuchten) del 1er. artejo;
flexión dorsal de los cuatro últimos;
y abducción de éstos "en abanico".

Y sus formas incompletas o disociadas comprenden únicamente, y a la extensión del 1er. artejo, o bien la separación de los restantes.

Además de estos rasgos, que son los esenciales, el signo de Babinski ofrece de notable:

la posibilidad de responder a estímulos topográficamente distintos del clásico (borde externo del pie —a partir del malleolo, reflejo de Chaddock—; sitios lejanos de la región plantar, homolaterales y aún contralaterales), como testimonio de hiperexcitabilidad refleja;

y.....su asociación frecuente a contracciones del fasciálata análogas a las que acompañan el reflejo en flexión.

Reflejo de Mendel-Bechterew: flexión plantar de los artejos.

De Gordón y de Oppenheim: flexión dorsal de los artejos —particularmente el primero—, abducción de los mismos, o los dos movimientos a la vez.

Aquileo: flexión dorsal del pié, o adducción del muslo.

De Shaefer: flexión dorsal de los artejos —el primero de preferencia—, y flexión plantar del pié.

Patelar: flexión de la pierna.

Palmo-mentoniano: elevación del labio inferior, o contracción del pectoral mayor. La primera forma ha sido observada en cuadriplejias por sección de la médula cervical, inmediatamente arriba del hinchamiento braquial (Radovici); y la segunda en otras dependientes de lesiones que destruyen el 5o., 6o., y 7o. segmentos cervicales, respetando el 8o. del mismo nombre y el 1o. dorsal.

Radio-flexor: flexión de los dedos, sin desalojamiento del antebrazo.

Cúbito-pronador: flexión del antebrazo —reflejo cúbito-flexor de P. Marie—, o bien, supinación del mismo (Dejerine).

Tricipital: flexión, o pronación del antebrazo. A veces, las incitaciones leves engendran respuestas normales, y las energías provocan movimientos de flexión.

DIAGNOSTICO.

De modo general, se establece fácilmente, siempre que el médico observe las recomendaciones comunes a toda exploración de los reflejos, y tenga presentes algunas particularidades relativas al plantar, el cúbito-pronador y el tricipital.

El plantar se realiza —en veces— de manera imprecisa, y otras parece invertido sin estarlo en realidad.

Lo primero acontece en sujetos de piel gruesa y de reacciones débiles y se subsana poniendo en práctica los procedimientos de Bechterew, Gordon, Oppenheim, &.

Lo segundo resulta de causas locales que impiden la flexión de los artejos (anquilosis fibrosas o huesosas, retracciones tendinosas), o de la ejecución voluntaria de extensiones dígito-plantares. Los datos que rinde el interrogatorio y los obtenidos por el exámen objetivo (actitud anormal de los arte-

jos, deformaciones de las partes blandas o del esqueleto, imposibilidad de flexionar pasivamente las falanges) permitirán dar su verdadera significación a estas reacciones extensoras de razón mecánica; y por otra parte, la maniobra de Jendrassik, la adaptación de la intensidad de los estímulos a la excitabilidad de cada paciente, la búsqueda del reflejo por incitaciones extra-plantares y las diferencias de forma entre la reacción genuina y los movimientos que la imitan, facilitarán la interpretación de los hechos que se refieren a la última eventualidad. A este respecto conviene recordar: que el reflejo abarca un movimiento —o un conjunto de movimientos— siempre iguales, lentos, sostenidos, de sentido uniforme y circunscritos a los artejos; en tanto que los desalojamientos extraños a él son diferentes en pruebas sucesivas, rápidos, violentos, tan pronto en una dirección como en la opuesta, y con tendencias patentes a invadir los segmentos superiores del miembro.

El tricipital y el cúbito-pronador obedecen a incitaciones en zonas de tal modo estrechas y cercanas de otras pertenecientes a cadenas diastálticas distintas, que bastan leves desviaciones de los estímulos —fuera del sitio de elección— para cambiar las respuestas y exponer a errores de apreciación. Y así, la percusión al rededor del tendón del tríceps —sobre el olécrano, el epicóndilo o la epitroclea— provoca normalmente la contracción de los flexores antebraquiales; y la del cúbito, arriba de su apófisis estiloide y manteniendo el antebrazo en semiflexión, determina extensiones de éste.

CONCEPTOS ANATOMO-TOPOGRAFICO y FISIO-PATOLOGICO.

Los estudiaremos sucesivamente respecto del reflejo plantar, del tricipital y de otros tendinosos menos frecuentemente interesados.

I— Inversión del plantar. En términos que comprendan todas las eventualidades, debe ser distinguida en "periférica" o "central", según que sus causas afecten el arco diastáltico primario, o las formaciones superiores en relación con él.

A.— Inversiones periféricas.

Se agregan al cuadro clínico de ciertas miatrofias primitivas, cuando éstas invaden los flexores plantares; al de las parálisis del tibial posterior, siempre que sean incompletas y dañen solamente sus funciones motrices, pues de lo contrario provocan arreflexia plantar; y a los trastornos tróficos y motrices que dejan las poliomiELITIS agudas a título de secuelas, o que ocasionan las crónicas durante su evolución.

Sin embargo, las miopatías primitivas invaden de preferencia los músculos proximales; la restricción señalada a las lesiones del tibial posterior, reduce considerablemente sus posibilidades de realización; y por último, tanto las poliomiELITIS crónicas como las agudas atacan los músculos del grupo ántero-externo, más comunmente que los del posterior. Son pues, infrecuentes las inversiones del reflejo plantar ligadas a causas periféricas; pero pueden —no obstante— presentarse, y en tal ocurrencia,

la forma misma del reflejo —ciertamente en extensión como el signo de Babinski, pero de apariencia crónica y sin ensanchamiento de la zona reflexógena—,

y sobre todo, los síntomas al lado de los cuales aparece el trastorno (atrofias, parálisis),

señalan claramente su origen, y ponen en condiciones de concluir:

inversión miopática, por atrofia primitiva de los flexores;
neuropática, debida a parálisis del tibial posterior;

o poliomiELITICA, subordinada a destrucciones de la sustancia gris medular circunscritas al centro que rige la flexión de los artejos.

B.— Inversiones centrales. Mucho más importantes que las anteriores —por su frecuencia y por su valor semeiológico—, se cuentan entre los componentes sintomáticos de síndromos piramidales puros,
talámicos
y medulares, simples o complexos.

a.— Inversión del reflejo plantar en síndromos piramidales puros.

Ha sido objeto de múltiples interpretaciones, encaminadas a explicar su presencia en algunas circunstancias normales y en otras patológicas. Los hechos observados establecen: que el reflejo plantar afecta el tipo flexor en el adulto sano;

y que el extensor es normal durante la niñez (hasta los cuatro años aproximadamente) y reaparece en ocasión de destrucciones o de procesos inhibitorios córtico-nucleares, (desde la corteza hasta la parte media de la médula lombar), habiendo sin embargo,

casos de reflejo flexor en los primeros tiempos de la vida, de arreflexia plantar —definitiva o transitoria— con motivo de secciones medulares altas y completas,

y de persistencia del reflejo flexor después de secciones incompletas, o acompañando padecimientos tales como la esclerosis lateral amiotrófica, que vulneran sistemáticamente la vía motriz principal.

La primera hipótesis emitida con relación a estos fenómenos, fué que el reflejo plantar disponía de dos arcos diastálticos distintos:

uno inferior o medular, con centro en la médula sacra, acción sobre los extensores y ya en actividad al nacer, pero supereditado al siguiente, desde que éste alcanza su cabal desarrollo;

y otro superior, cuyo centro está alojado en la zona rolándica, entra en juego tardíamente (de los seis meses a los tres o cuatro años, y hasta los diez o doce en retardados), mueve los flexores de los artejos, y disfruta —respecto del medular— de la actuación frenadora común a determinadas formaciones corticales.

El reflejo extensor —filogenéticamente primordial con relación al flexor e incluido entre los movimientos que integran el acto de trepar— constituye la forma normal de las reacciones plantares, de los mamíferos en todo tiempo y del hombre durante la inmadurez del sistema motriz principal; es substituído por el flexor, cuando los centros y las vías de dicho sistema completan su desarrollo; y se presenta de nuevo, cada vez que unos u otras sufren lesiones destructivas que es-

tablecen condiciones comparables a las del período de ontogenia.

Y el flexor —filogenéticamente secundario y formando parte de los movimientos que exigen la estación y la marcha verticales— aparece hacia los cuatro años, con frecuencia después de una etapa intermedia caracterizada por flexión en un lado y extensión en el otro, o alternativas de flexión y extensión en ambos; representa la reacción propia del adulto normal; persiste indefinidamente, mientras el aparato encargado de realizarlo conserva su integridad anatómica y sus aptitudes funcionales; y es reemplazado por el extensor en las condiciones contrarias, si no hay obstáculos que lo impidan (anquilosis, retracciones fibrosas), y sin que el nuevo estado signifique otra cosa que la presencia de circunstancias propicias al reflejo extensor y desfavorables al flexor. Este en efecto, no está abolido en los hemipléjicos y parapléjicos portadores de reflejo extensor, sino que puede reaparecer mediante aplicaciones suficientemente prolongadas de la venda de Esmarch: al suprimir la compresión se observa arreflexia plantar, más tarde reflejo en flexión, y después signo de Babinski.

Posteriormente al concepto asentado en las líneas precedentes, se advirtió: en primer lugar, que las destrucciones de la parte inferior de la médula lomber y superior de la sacra suprimen tanto los reflejos plantares en flexión como los extensores; y en segundo, que algunas afecciones medulares ligadas a interrupciones notorias de la vía piramidal (secciones incompletas), exhiben —a veces— un reflejo flexor distinto del normal por dos particularidades:

disociación de la zona reflexógena, en virtud de la cual, el primer artejo obedece a estímulos topográficamente diferentes de los que mueven a los cuatro últimos,

e hipo-excitabilidad sensitivo-motriz, que obliga a emplear excitaciones enérgicas y retarda la aparición de las reacciones, al mismo tiempo que disminuye su amplitud.

Habría pues, tres variedades de reflejo plantar:
el flexor cortical,
el flexor medular

y el extensor también medular, signo de Babinski o fenómeno de los artejos. El primero representa la reacción fisiológica del adulto, faltando en las circunstancias y por los motivos consignados; y los dos restantes actúan libremente en esas mismas condiciones —sin que pueda precisarse por qué lo hace a menudo el extensor y contadas veces el flexor—, y desaparecen —juntos con el flexor cortical— en las lesiones destructivas de la parte inferior de la médula lobar y superior de la sacra.

Tal es el criterio sostenido por algunos autores, que atribuyen la multiplicidad de formas del reflejo plantar a la de centros del mismo, y para quienes además, las formas de dicho reflejo —comprendido el signo de Babinski— carecen de representación topográfica decisiva y son —más bien— elementos de gran utilidad en el establecimiento del pronóstico: lo primero, porque pueden observarse formas distintas en circunstancias comparables (vida fetal, secciones medulares); y lo segundo, porque sus modificaciones en el tiempo dependen de la realización extemporánea en el adulto de condiciones anatómo-funcionales semejantes a las que privan en el período de ontogenia. Y así:

cuando a raíz de una lesión medular, el reflejo plantar desaparece o adquiere caracteres de “espinal en flexión”, y ulteriormente es substituído por signo de Babinski, puede afirmarse que el segmento medular aislado se conduce como en la época de su desarrollo, y que el pronóstico es benigno;

y al contrario, cuando hay signo de Babinski inicial y posteriormente arreflexia —o reflejo medular en flexión—, esto indica la involución, disociación o regresión del segmento aislado y autoriza a sentar un pronóstico desfavorable.

En opinión de Dejerine (Semiología, 982), el reflejo plantar dispone solamente de centros “corticales o subcorticales”, y el signo de Babinski exterioriza lesiones de dichos centros —más que piramidales—, dado que entre éstas y aquél no parece haber relaciones invariables: se ha visto el reflejo plantar normal, tanto en síndromos talámicos —habitualmente sin degeneración piramidal—, como en otros estados manifiestamente complicados de ella: ciertas hemiplejías vulgares, algún caso de sección completa de la médula cervical.

Conforme a otro parecer, el reflejo extensor debe ser segregado de los plantares propiamente dichos, e incluido entre las reacciones espinales de defensa, con las que concuerda en dos sentidos: clínicamente, por su forma y por la docilidad que muestra respecto a determinados influjos inductores (la extensión del miembro en estudio, la rotación de la cabeza hacia el lado opuesto y el decúbito ventral favorecen la producción del signo de Babinski, en tanto que las actitudes contrarias la dificultan; y desde el punto de vista fisio-patológico, porque corresponde —como los reflejos medulares de defensa— a la liberación de ciertos centros por falta o interrupción de las influencias superiores que normalmente refrenan su actividad.

La observación sin embargo, comprueba la posibilidad de hallar el reflejo flexor en paraplejas con exaltación evidente de los reflejos de defensa.

Las investigaciones emprendidas en los últimos tiempos acerca de la cronaxia, han dado a conocer hechos que permiten orientarse en este dédalo de opiniones.

Normalmente, la cronaxia del tibial posterior —nervio en ya porción sensitiva interviene en la búsqueda del reflejo plantar, cualquiera que sea el sentido de la reacción—,

es igual a la cronaxia de los músculos anteriores distales, es decir, de los que en decúbito supino llevan los artejos hacia adelante —flexores plantares, cronaxia de 40 a 70,

y vale el doble de la cronaxia propia a los músculos posteriores, ésto es, de los que mueven los dedos hacia atrás —flexores dorsales, cronaxia de 16 a 34.

Flex. pl.	70	
Tib.	70	[1]
Fl. dors.	34	

(1) Cifras tomadas de Bourguignon.

Y en los individuos que sufren lesiones destructivas —o inhibiciones pasajeras— de la vía motriz principal, en su departamento córtico-nuclear, la cronaxia del tibial posterior permanece invariable, los flexores dorsales elevan la suya al doble y los flexores plantares la reducen a la mitad.

Flex. pl.	35
Tib. 70	—————
Fl. dors.	68

Resulta de aquí,

con relación al tono muscular y teniendo en consideración que la excitabilidad es inversa de la cronaxia —(o en otros términos, que las pequeñas cronaxias corresponden a grandes excitabilidades y vice versa)—, contractura en extensión por hipertonía y predominio de los flexores plantares, músculos que sufren descensos cronáxicos de consideración;

y en lo que al reflejo plantar concierne, desviación de los estímulos sensitivos hacia los flexores dorsales, músculos cuya cronaxia (68) es la más cercana a la del tibial posterior (70). Dicho en otra forma, de acuerdo con la ley del isocronismo sensitivo-motor,

las condiciones presentes en el estado fisiológico imponen al reflejo plantar el tipo de flexión;

y la inversión cronáxica, creada por lesiones o trastornos dinámicos córtico-nucleares —“síndrome cronáxico piramidal”—, lo obligan a verificarse en extensión.

Los músculos distales de los miembros superiores sufren perturbaciones análogas. Según la intensidad de éstas, la cronaxia motriz baja en los flexores a la 1/2 o el 1/3 de su valor normal, asciende en los extensores al doble o el triple, o cambia —a la vez— en ambos grupos, y el nuevo régimen de excitabilidad conduce únicamente a la contractura en flexión, por no haber en las manos reflejo comparable al plantar.

Es, pues, inútil suponer dos centros flexores y excluir el fenómeno de los artejos de los reflejos espinales vulgares, pa-

ra interpretar las mudanzas del reflejo plantar relacionadas con estados centrales. La presencia constante del reflejo flexor y del síndrome cronáxico respectivo en el adulto sano —a partir de cierta época, no otra que la del completo desarrollo del sistema piramidal— autorizan ponerlos bajo la dependencia de esa particularidad evolutiva y considerarlos “característicos de la especie humana y vinculados a la estación de pié”; la semejanza entre la fórmula cronáxica del adulto portador de lesiones piramidales, la del niño menor de cuatro años y la de ciertos mamíferos sin distinción de épocas, explica el reflejo extensor de las tres clases de sujetos, y corrobora el criterio que hace de dicho reflejo y de su fórmula cronáxica fenómenos fisiológicos y permanentes en seres inferiores, transitorios en el hombre sano —que los exhibe “como recuerdos ancestrales” durante el período de ontogenia—, y accidentales en estados patológicos reproductores de condiciones idénticas a las contemporáneas del desarrollo corpora; las irregularidades de la ontogenia justifican la persistencia eventual del reflejo en extensión más allá de los límites acostumbrados, o la precocidad del flexor; la arreflexia fugaz vista en ocasión de secciones medulares altas y completas, es función de estados de choque y de inhibición motriz; la permanencia del reflejo flexor después de secciones incompletas, resulta posiblemente de cambios similares de las cronaxias motriz y sensitiva, que mantienen el isocronismo sensitivo-motor normal, bajo valores individuales distintos de los fisiológicos; y por último, la falta posible del reflejo extensor en la Escl. lat. amiotr. y la arreflexia definitiva de algunas secciones altas y completas, necesitan primeramente ser comprobadas, y —en caso de existir— deben imputarse a lesiones concomitantes de la vía terminal común, sobre el centro extensor en la primera ocurrencia, y sobre el flexor y el extensor en la segunda.

Lo único por dilucidar son las leyes que rigen el establecimiento, la forma normal y las variaciones —evolutivas o patológicas— del influjo piramidal sobre los arcos inferiores; pero este problema —como todos los que conciernen al “*primum movens*” de los fenómenos vitales— es por el momento irresoluble. Con anterioridad al descubrimiento de la cronaxia, se

admite que la corteza cerebral estimula algunos reflejos cutáneos —llamados “superiores” por Van Gehuchten (cremasterino, plantar en flexión)—, e inhibe otros —como el plantar en extensión y el palmo-mentoniano; pero los estudios de la cronaxia muestran que esas influencias prefieren ciertos grupos musculares más bien que determinada clase de reflejos, y —en todo caso— las razones de tal predilección, así como las responsables de la forma normal y de los cambios patológicos del influjo cortical, son desconocidas.

De conformidad con lo anterior:

Desde el punto de vista fisiopatológico, el tipo extensor del reflejo plantar en niños sanos y en adultos portadores de trastornos piramidales, exterioriza la existencia de isocronismo sensitivo-motor entre el tibial posterior y los flexores dorsales; y este acuerdo —normal en ciertas circunstancias y patológico en otras— se establece mediante cambios de la excitabilidad muscular en la porción distal de los miembros inferiores, que invierten los valores fisiológicos en el adulto de la cronaxia anterior y de la posterior —realizando el síndrome cronaxico piramidal—, y que obedecen a particularidades evolutivas o accidentales del departamento córtico-nuclear de la vía motriz principal. Evolutivas, si corresponden a inmadurez del sistema piramidal, estado anatómico y funcionalmente comparable al que guarda dicho sistema en los mamíferos desde el principio hasta el fin de su vida, y —por tal motivo— considerado como la reproducción transitoria de una etapa ancestral durante el período ontogénico del organismo humano. Y contingentes, cuando se ligan a alteraciones del sistema piramidal —ya en madurez completa—, que anulan ciertas de sus funciones o impiden el cumplimiento de las mismas, y constituyen retrocesos fortuítos a la situación que perdura indefinidamente en los mamíferos y que el hombre atravieza en la época de su desarrollo.

Desde el anatómico-topográfico la forma accidental anexa a síndromos motrices córtico-nucleares que constituye el signo de Babinski, pertenece a la serie piramidal, es decir: al grupo de síntomas mediante los cuales se manifiestan los sufrimientos de ese sistema. Sin embargo, para Foerster (Kroll,

pág. 256 y 257) su representación topográfica —y por ende la fisiopatológica— son más extensas de lo admitido comúnmente:

los reflejos extensores evolutivos del niño —con frecuencia espontáneos, de aparición rápida por exiguidad del período de latencia, de aspecto crónico y acompañados de movimientos coreo-atetósicos en diversos segmentos corporales— expresan claramente hipercinesia “ligada a la índole pálido-talámica del ser”, comparable a la observada en ciertos animales descerebrados;

y los accidentales del adulto (signo de Babinski) —aunque distintos de los anteriores en cuanto a su producción habitual como respuesta a incitaciones apropiadas, la duración mayor de los tiempos perdidos y la forma tónica de los movimientos tampoco obedecen exclusivamente a deficiencia piramidal, sino también “a desórdenes palidares mal conocidos todavía”.

Y en sentido anatomo-patológico....., carece de valor como signo inequívoco de perturbaciones orgánicas. Su aparición puede obedecer lo mismo a desórdenes orgánicos que funcionales, y sólo la persistencia o el carácter transitorio de la inversión, los síntomas que la acompañan y las condiciones en medio de las cuales se desarrolla, permitirán hablar de motivos orgánicos en unos casos y de dinámicos en otros; y su falta —en condiciones que hacen suponerla presente, se debe a la exiguidad de los trastornos creados por la causa original —más que a su naturaleza—, o a la intervención de factores capaces de modificar el síndrome cronáxico piramidal (lesiones neuronales inferiores, desórdenes, sensitivos) y, en consecuencia, no autoriza por sí sola a negar la índole orgánica del cuadro en observación.

b.— Inversión del reflejo plantar en los síndromes talámicos. De modo unánime, los observadores asientan que los síndromos de este nombre no comprenden el fenómeno de los artejos entre sus síntomas esenciales, bien que puedan exhibirlos, algunas veces y de manera —en general— transitoria.

A primera vista seduce relacionar éstos hechos a la mediación de lesiones piramidales, pensando que la persistencia del reflejo flexor pertenece a los síndromos talámicos puros y

la producción del extensor a los talámicos complicados de alteraciones piramidales. La medición de las cronaxias ratifica el acierto de tal suposición y precisa —además— la naturaleza de las perturbaciones fundamentales: la cronaxia del tibial posterior asciende en todos los síndromos talámicos, como era de esperarse dada la situación de las lesiones; en tanto que la motriz

permanece invariable, si el haz piramidal es respetado,

y se eleva en los flexores dorsales hasta alcanzar el nivel de la cronaxia sensitiva —esto es, a mayor altura que en los síndromos piramidales puros— cuando la vía piramidal sufre lesiones de consideración, pero con frecuencia regresivas.

Síndromos talámicos puros.

Tibial posterior (normal: 79)	90
Flexores dorsales (cronaxia normal)	84
Flexores plantares (cronaxia normal)	70

Síndromos talámo-piramidales.

Tibial posterior	90
Flex. dors. a más del doble de la normal	80
Flex. plant. a la mitad de la normal	35

En la primera eventualidad, el isocronismo sensitivo motor normal continúa en actividad, puesto que —a pesar del ascenso de la cronaxia sensitiva (90)— la motriz más cercana de ella es la de los flexores (70), y por lo tanto, el reflejo plantar se realiza en la forma acostumbrada; y en la segunda, el trastorno en conjunto conduce al tipo de isocronismo que liga al tibial posterior con los extensores (tib. 90; extens. 80), e invierte el sentido del reflejo plantar.

c.— Inversión en síndromos medulares.

Los dependientes de lesiones sistematizadas ofrecen el signo de Babinski, junto a otras perturbaciones de los reflejos y

como testimonio de participación piramidal. En la esclerosis lateral amiotrófica el fenómeno de los artejos se asocia a hiperreflexia tendinosa excepto en casos avanzados que muestran hiporreflexia o arreflexia braquial; y el estudio de las cronaxias revela el síndrome cronáxico piramidal en los miembros inferiores, y fórmulas cronácicas "periféricas o de degeneración" en los superiores. La esclerosis en placas agrega el signo de Babinski a los componentes de la serie cerebelosa, y presenta el síndrome cronáxico piramidal en los miembros inferiores y el cerebeloso en los superiores. Y la enfermedad de Friedreich se distingue por fenómenos análogos a los últimos; pero modificados por la adición de trastornos sensitivos, y variables en razón de la influencia que sobre ellos adquieren los cambios vaso-motores.

Y los cuadros complejos, motrices y sensitivos, de tipo Brown-Séguard genuino, frustado o excesivo según el número y la distribución de los desórdenes, y vinculados a procesos (compresiones, mielitis, &) que realizan hemisecciones justas, incompletas o desmesuradas, invierten el reflejo plantar ya en un solo lado (que puede ser el de los síntomas sensitivos o el de los motrices) o en los dos, únicamente en ocasión de incitaciones directas o también por contralaterales, y con frecuencia en condiciones que hacen imposible interpretar el régimen de los reflejos ateniéndose exclusivamente a los datos de la clínica.

En un primer grupo de casos, la exploración revela:
 trastornos sensitivos en un lado;
 y en el opuesto, signo de Babinski unilateral y por excitaciones directas, tomado —conforme al criterio de costumbre— como indicio de participación piramidal. Sin embargo, al medir las cronaxias, se encuentra:

<p style="text-align: center;">a la derecha, [lado de la lesión]</p> <p style="text-align: center;">Tib. —70</p> <p>Flex. — 70</p> <p>Ext. — 30</p>	}	<p style="text-align: center;">a la izquierda</p> <p style="text-align: center;">Tib. —35</p> <p>Flex. — 70</p> <p>Ext. — 34</p>	}
---	---	--	---

Esto es: signo de Babinski directo y de razón sensitiva, por descenso de la cronaxia del tibial posterior a la mitad de su valor normal. No hay —por tanto— desórdenes motrices, sino sólo sensitivos; la lesión es parcial y se circunscribe a los conductores sensitivos.

Otras veces —a consecuencia de lesiones profundas, que interesan el haz piramidal sin tocar las vías sensitivas o hiéndolas levemente—

las excitaciones del miembro paralizado dan signo de Babinski directo y reflejo flexor contralateral;

y las del miembro opuesto, reflejo directo en flexión y contralateral en extensión. Y la valorización de las cronaxias descubre:

a la derecha. (lado de la lesión)	a la izquierda.
Tib — 70	Tib — 70
Flex. — 35	Flex. — 70
Ext. — 68	Ext. — 34

O lo que es lo mismo: el signo de Babinski derecho es de índole matriz, así en su forma directa como en la contralateral; el haz piramidal derecho está interrumpido; las vías sensitivas conservan su integridad.

Cuando la lesión corresponde realmente a una hemisección medular, suele observarse signo de Babinski directo y reflejo flexor contralateral, en ambos lados y como si hubiera lesiones piramidales dobles, que —por razones desconocidas— pueden ser puestas de relieve por los estímulos directos, pero no por los contralaterales.

En estas condiciones, el cronaxímetro acusa las cifras siguientes:

A la derecha	a la izquierda.
Tib. — 70	Tib. — 35
Flex. — 35	Flex. — 70
Ext. — 68	Ext. — 34

y en consecuencia:

las incitaciones derechas provocan signo de Babinski motriz directo, y reflejo flexor contralateral normal;

y las izquierdas, signo de Babinski directo de índole sensitiva y reflejo flexor contralateral patológico y sensitivo-motriz, subordinado a la disminución simultánea de la cronaxia sensitiva a la izquierda y de la motriz de los flexores a la derecha. La lesión piramidal ocupa un solo lado; las vías de las sensibilidades superficiales están interrumpidas en el opuesto.

Si la lesión es más extensa aún y abarca una de las vías sensitivas y los dos haces piramidales,

las interrogaciones en el miembro exento de trastornos táctiles provocan signo de Babinski bilateral, evidenciando el carácter doble de la lesión motriz;

y las realizadas en el otro, reflejos dobles en flexión, como si hubiera simplemente hiperreflexia cutánea sin interrupción piramidal.

La clave de éstos hechos en apariencia contradictorios, está incluida en el conocimiento de la fórmula cronáxica, fórmula constituida así: :

	A la derecha		A la izquierda
Flex. — 35	Tib. — 70		Tib. — 35
Ext. — 68		Flex. — 35	Ext. — 68

El signo de Babinski es de origen motriz en ambos lados; el reflejo flexor que promueven las incitaciones izquierdas es patológico y sensitivo-motriz, dependiendo de la reducción simultánea de la cronaxia en el tibial izquierdo y en los flexores de los dos miembros; la lesión interesa un solo cordón sensitivo y los dos haces piramidales.

Por último, aparte de los casos considerados hay sin duda otros de aspecto diferente, dado que la localización, el sentido y la cuantía de las alteraciones cronáxicas no sólo depende de particularidades lesionales, sino también de causas dinámicas entre las que figuran los desórdenes vaso-motrices.

De lo expuesto se desprende que en los hemi-síndromos medulares:

el fenómeno de Babinski y el reflejo flexor carecen de significación uniforme;

y exigen el estudio de las cronaxias, como único medio de interpretación correcta.

Lo primero, porque el signo de los artejos depende indistintamente de razones motrices, sensitivas o sensitivo-motoras; y el reflejo en flexión corresponde unas veces al isocronismo normal, y otras a isocronismos irregulares creados mediante cambios simultáneos, paralelos y equivalentes de la cronaxia del tibial y de la propia a los flexores. ?

Y lo segundo, porque los datos clínicos no bastan para distinguir esas modalidades, muy en particular cuando los desórdenes sensitivos son débiles o nulos. En otros términos: si algunas ocasiones los síndromos clínicos de Brown Séquard se sobreponen a los cronáxicos respectivos, e indican —por sí solos— el sentido anatomo-funcional de las formas exhibidas por el reflejo plantar; otras veces los primeros difieren de los segundos —especialmente por la falta de síntomas sensitivos— y orillan a errores de apreciación, que sólo se rectifican valorizando las cronaxias.

II.— Inversión del reflejo tricipital. Ha sido observada en tabes cervicales o superiores y atribuída a causas de dos categorías: interrupciones de las vías sensitivas correspondientes, ya como únicas lesiones reconocible, o bien, formando parte de procesos difusos irregularmente distribuidos; o destrucciones accidentales de los cuernos anteriores, con las mismas particularidades topográficas. En el primer caso, los estímulos no pueden ascender por el trayecto de costumbre, y lo hacen aprovechando fibras próximas ilesas que los conducen a centros vecinos de los usuales; y en el segundo, siguen el camino habitual y llegan a los centros normalmente encargados de su transformación, pero éstos últimos se encuentran incapacitados para cumplir su labor y son substituídos por otros contiguos en plena actividad.

Dada la índole radicular y cordonal posterior de la ataxia-locomotriz, y la ausencia de síntomas estrictamente motrices (parálisis) en los casos de dicha enfermedad complicados de inversión refleja, parece razonable preferir la explicación sensitiva, amoldándola a las concepciones modernas. Ahora bien, las lesiones tábicas suprimen funcionalmente ciertos conductores sensitivos o modifican el umbral de su excitabilidad, según que equivalgan a destrucciones completas o incompletas; de estas eventualidades, la segunda es más frecuente que la otra, como lo prueba la conservación habitual de las sensibilidades superficiales y de las profundas conscientes; y por ende, el hecho más común es la creación de cronaxias sensitivas inusitadas que —de acuerdo con la ley del isocromismo sensitivo-motor desvían los estímulos hacia centros transformadores de cronaxia igual a la sensitiva en actuación —pero distintos de los que intervienen normalmente— y promueven reacciones diferentes de las fisiológicas.

III.— Inversión de otros reflejos tendinosos. Conforme a la doctrina clásica, es de índole exclusivamente motriz y tiene las representaciones siguientes:

En sentido fisiopatológico traduce:

supresión funcional del centro que habitualmente entra en juego, sin menoscabo de los circunvecinos;

hiper-excitabilidad relativa de estos últimos;

y difusión de los estímulos a algunos de ellos —particularmente el inmediato superior. El desórden anotado en primer lugar conduce a la abolición de las respuestas fisiológicas; y los otros dos —subordinados al primero y claramente visibles en casos de pérdida de los reflejos de un miembro con excepción de uno, en los cuales el reflejo conservado responde a estímulos en cualquier lugar y de cualquiera naturaleza— son los creadores de las reacciones anormales.

Y desde el punto de vista anatomo-topográfico corresponde a lesiones destructivas de los cuernos anteriores de la médula,

pequeñas, hasta limitarse a un centro reflejo;

y alojadas en zonas — como el hinchamiento braquial donde se aglomeran múltiples formaciones motrices en un espacio reducido.

Sin embargo, observaciones auténticas de inversión del reflejo radio-flexor sin desórdenes del bicipital, bien que ambos dependen de los mismos centros (5o. y 6o. segm. cerv.) y consistan en reacciones prácticamente iguales, hacen dudoso que las destrucciones de los centros transformadores sean la causa exclusiva de la inversión de los reflejos, y —dentro de esa orientación— Dejerine afirma que el trastorno de referencia puede obedecer también a interrupciones de los conductores aferentes o eferentes — y aún a lesiones musculares—, tales como las realizadas por las afecciones siguientes:

tabes y compresiones o flegmasías radiculares posteriores;
radiculitis y compresiones radiculares anteriores;
polineuritis y traumatismos de los nervios periféricos;
mioatrofias protopáticas.

Será pues, forzoso ensanchar las posibilidades topográficas de la inversión a todos los componentes de los arcos dia-tálticos inferiores, y pensar que la sustitución de un elemento inerte por otro cercano en actividad, es realizable lo mismo en los centros que en los conductores o los músculos, siempre que la lesión causal sea circunscrita como las productoras de inversiones nucleares.

Conforme al concepto actual, la condición que determina la forma de los actos musculares reflejos es la equivalencia —o la proximidad cuando menos— de la cronaxia sensitiva respecto de la motriz, requisito que se cumple sistemáticamente de cierto modo en el sujeto normal, haciendo uniformes las respuestas; pero diversas circunstancias patológicas pueden alterar —y alteran de hecho— lo mismo las cronaxias sensitivas que las motrices, y estos cambios establecen tipos anormales de isocronismo, cuya expresión exterior es la inversión de los reflejos. Hay por tanto —como pensaba Dejerine y lo confirman los estudios de la cronaxia—;

inversiones periféricas de razón sensitiva, ligadas a trastornos orgánicos o funcionales de las vías aferentes;
e inversiones periféricas motrices, tributarias de análogos

desórdenes en los centros de transformación, en los conductores eferentes, y quizá en los músculos mismos, con la única restricción de que el factor primordial interese ciertos elementos, respetando los cercanos.

Considerado en sí mismo, el fenómeno exterior "inversión refleja" tiene igual aspecto a cualquiera eventualidad que co-responda, y su clasificación dentro de un grupo determinado se logra por el conocimiento de los síntomas concomitantes: trastornos motrices en unos casos, sensitivos en otros y —sobre todo— alteraciones de las cronaxias, cuando su estimación pertenezca al dominio de la práctica.

En suma, la inversión refleja exterioriza sistemáticamente dos clases de hechos, ligados entre sí por relaciones de causalidad:

alteraciones de las cronaxias fisiológicas, motrices o sensitivas;

y creación de isocronismos sensitivo-motores irregulares, que entran en juego substituyéndose a los normales— cuando la actuación de estos últimos es solicitada por las incitaciones de costumbre.

Fuera de este acuerdo fisiopatológico, que obliga a substituir en la interpretación de dicho fenómeno el criterio anatómico de otras épocas por el pensamiento fisiológico seguido en la actualidad, no hay nada común a los diversos tipos de inversión. En sentido anatomo-topográfico pueden ser de origen periférico o central, según que provengan de cambios en los arcos primarios o en los departamentos superiores, y —en ambas circunstancias— obedecer a causas que afecten formaciones motrices, sensitivas o de las dos categorías; desde el punto de vista anatomo-patológico expresan lo mismo alteraciones orgánicas que funcionales; y desde el funcional —no ya en términos generales, sino de modo concreto para cada grupo de casos— pueden corresponder a desórdenes motrices, sensitivos o sensitivo-motrices.

La forma de mayor importancia —el signo de Babinski— no tiene representación uniforme.

A.— Anexo a síndromos piramidales puros, significa fisio-patológicamente la instauración del síndrome cronáxico piramidal, síndrome dependiente de causas que anulan la influencia de la vía motriz principal sobre la terminal común, y caracterizado por alteraciones de la cronaxia motriz que rompen el isocronismo sensitivo-motor normal y establecen otro entre el tibial posterior y los flexores dorsales; topográficamente, conserva el carácter de signo perteneciente a la serie piramidal;

y en cuanto a su valor como signo de perturbaciones orgánicas no es absoluto, sino relativo: sólo puede concedérsele cuando es durable.

B.— En los síndromos talámicos traduce la asociación del síndrome cronáxico piramidal y de alteraciones centrales de la cronaxia sensitiva, sin perder el derecho de ser incluido entre los síntomas piramidales, dado que se presenta únicamente si la vía motriz principal sufre lesiones de consideración.

C.— En los síndromos medulares dependientes de lesiones sistematizadas corresponde habitualmente al síndrome cronáxico piramidal.

D.— Y en los de tipo Brown-Sequard puede ser también expresión del síndrome cronáxico piramidal, reconocer desórdenes de la cronaxia sensitiva o ser de origen sensitivo-motor, y se presenta —a veces— en condiciones que hacen forzoso el exámen de las cronaxias para conocer sus significaciones topográfica y fisio-patológica.

La inversión de otros reflejos, menos frecuente que la del plantar y sin el prestigio de ésta,

es de procedencia periférica y susceptible de obedecer a lesiones en un segmento cualquiera de los arcos diastálticos primarios:

responde a desórdenes lo mismo sensitivos que motrices o sensitivo-motrices;

y sólo puede ser debidamente interpretada valiéndose de los síntomas concomitantes y del estudio de las cronaxias.

Concepto Anatómo-Patológico de los Tumores Cerebrales.

Por el Dr. Conrado Zuckermann.

A LA MEMORIA DE SANTIAGO RAMON Y CAJAL.

La luz que en la ciencia médica hizo Ramón y Cajal, es inmensa en neuropatología. Los conceptos de Ramón y Cajal son en la actualidad, de un gran valor para la comprensión de los intrincados problemas encefálicos.

En lo que se refiere a los tumores cerebrales, debemos recordar los valiosos trabajos de Cushing y Bailey, los de De Martell Roussy Lhermitte y Cornil; pero es indudable que son fundamentales los adelantos que, en la histología del sistema nervioso, han efectuado los de Ramón y Cajal, de Castro y de Río-Hortega.

Son muchas las clasificaciones que existen de los tumores cerebrales y el investigador encuentra en su estudio un campo propicio a sus trabajos; pero, en cambio, el clínico lo observa como un problema intrincado que ha sido resuelto, desgraciadamente, bajo diversos conceptos, dando como resultado la existencia de múltiples clasificaciones. Esta multiplicidad ha hecho que el estudio anatómo-patológico de los tumores del cerebro sea de interpretación variable, según la escuela anatómo-patológica que se siga y que a un mismo tumor se le apliquen las denominaciones más diversas.

Conviene procurar hacer un ensayo de clasificación que sea a la vez sencilla y de aplicación práctica y, con ese objeto, están escritas estas líneas.

Si recordamos el desarrollo del sistema nervioso, anotamos que es del ectodermo de donde deriva el tejido nervioso. Las celdillas **neuro-epiteliales** o celdillas germinativas nerviosas son las que, al evolucionar, dan origen a los diversos tejidos cerebro-medulares. Estas celdillas nerviosas, al transformarse, lo pueden hacer en dos sentidos, dando origen a la formación de dos categorías celulares: una de ellas está constituida por los **neuroblastos**, que al evolucionar dan origen a la formación de **neuronas**; las otras son los **espongioblastos**, elementos de doble potencialidad que pueden evolucionar hacia la formación de **ependimoblastos** o de **glioblastos**. Los primeros originan las **células ependimarias** y **coroidianas** y los segundos forman la **neuroglia**. Tenemos, pues, celdillas diversas en las fases de la evolución del sistema nervioso y, para comprender la posibilidad de formación de tumores, debemos además recordar otro hecho fundamental: la neurona, célula de gran diferenciación, no se reproduce y sus facultades germinativas son nulas. Las neuronas son incapaces de formar neoplasmas, **no existen tumores neuronales**.

Las células germinativas o neuroepiteliales: si son capaces de formar blastomas y, en general, tumores y, por lo tanto, tendremos **neuroembriomas** y **neuroembrioblastomas** como resultado de la proliferación celular exagerada en el primer caso, y exagerada y desordenada en el segundo.

Los neuroblastos, en sus primeras fases de desarrollo, si son capaces de reproducción y ellos darán origen, en el terreno patológico, a la formación de **neuromas** y de **neuroblastomas**.

Los espongioblastos; cuya diferenciación hacia tejido neuróglico o a formación ependimo-coroidea todavía no está determinada en esta fase, pueden dar origen también a tumores, cuya denominación sería **espongiomas** y **espongioblastomas**.

Los ependimoblastos y las células ependimo-coroideas darían origen, a su vez, a la formación de **ependimomas** y **ependimoblastomas**; y las celdillas gliales y los glioblastos, darían origen a la formación de **gliomas** y **glioblastomas**.

Tendríamos, así, cinco variedades de tumores encefálicos: primero, los **neuroembrionarios**; segundos, los **neuroblásticos**;

tercero, los **espongioblásticos**; cuarto, los **ependimarios** y, quinto, los **gliales**.

Es indudable que en cada una de estas variedades fundamentales existen diversos aspectos histológicos, lo que haría raro, es escasa; pero que, desde el punto de vista general, es escasa; pero que, desde el punto de vista clínico, es gran. Así, por ejemplo, en los gliomas, fundamentalmente existirían dos variedades muy importantes: los gliomas de aspecto fibrilar y los gliomas de aspecto celular, cuya malignidad es mayor.

El interés de esta concepción anatomopatológica, aumenta si se recuerda que, según Cushing, más del 50% de los tumores intracraneos son de tejido encefálico y, de ellos, la mayor proporción corresponde a la serie glial.

Esquemáticamente podríamos anotar las siguientes variedades de tumores intracraneos primitivos (no debe olvidarse que a los tumores intracraneos se les denomina habitualmente tumores cerebrales):

- 1o.— **Neuroembriomas y neuroembrioblastomas;**
- 2o.— **Neuromas y neuroblastomas;**
- 3o.— **Espongiomas y espongioblastomas;**
- 4o.— **Ependimomas y ependimoblastomas;**
- 5o.— **Gliomas y glioblastomas;**
- 6o.— **Meningiomas y meningioblastomas;**
- 7o.— **Pinealomas y pinealoblastomas;**
- 8o.— **Tumores del nervio auditivo, y**
- 9o.— **Tumores hipofisarios.**

Además de estas nueve variedades pueden haber tumores del óptico y de otros nervios craneos, etc.

En la categoría de los **neuroblastomas** podrían comprenderse los **méduloblastomas** de Bailey.

Los **gliomas** y los **glioblastomas** son los más frecuentes, representan el 50% de los tumores intracraneos; los tumores gliales se dividen en dos categorías: los **fibrilares (astrocitomas y astrocitoblastomas)** y los **afibrilares**.

Los tumores de origen meningio constituyen aproximadamente el 10% de los tumores cerebrales y tienen de particular que, a diferencia de los gliales que infiltran el encéfalo, solamente lo comprimen.

Los tumores del nervio auditivo pueden ser de tres categorías: gliales, neuromas y schwannomas; constituyen aproximadamente el 10% de los tumores intracraneanos.

Los tumores hipofisarios pueden originarse: en la hipófisis anterior, son los adenomas pituitarios; en la hipófisis posterior, son los gliomas pituitarios, y en la bolsa de Rathke, son los tumores craneofaríngeos.

De los adenomas pituitarios, los más frecuentes son los cromóforos que se acompañan de síntomas de hipopituitarismo. Los menos frecuentes son los cromófilos o acidófilos que se acompañan de síntomas acromegálicos.

Todos los tumores pituitarios, en conjunto, constituyen aproximadamente el 25% de los tumores intracraneanos.

MERCUROBROMO-OXIFLUORESCINA SODICA SALUBLE

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN

AV. CHAPULTEPEC, 297

MEXICO, D. F.

UNICOS DISTRIBUIDORES DEL PODEROSO ANTISEPTICO

MERCUROBROMO-OXIFLUORESCINA 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-OXIFLUORESCINA y deseo se me remita libre de portes una muestra (frasco de 1 gramo) para experimentación.

Nombre.....

Dirección.....

Estado.....

CUPON

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



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

GOTAS 29

ATENUANTE DEL INSOMNIO NERVIOSO

Producto

Nacional

Atóxico.

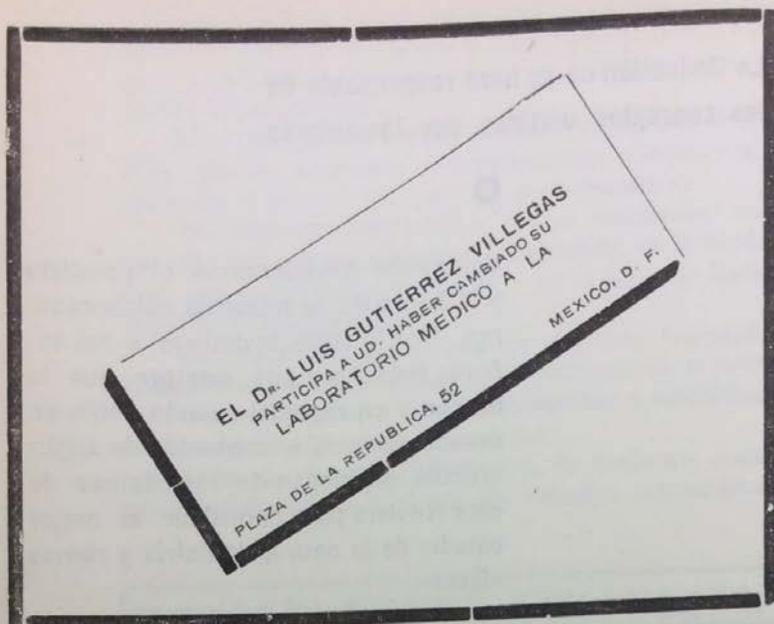
Sedante, Anti-espasmodico, Tónico-cardíaco. A base de PARSIFLORIN, INCARNATA, CRATAEGUS, OXYACANTHA Y ANEMONA PULSATILLA.

Muestras a disposición del H. Cerpo Médico en:

REG. NUM. 8948-D. S. P.

FARMAMEX. Productos Farmacéuticos, S. A. Apdo. 1257 México, D. F.

Unicos representantes para la República.



- ▣ Tratamiento eficaz de la EPILEPSIA por vía intravenosa, con el

Bromuro de Calcio Richter, al 10%

Reg Núm 14295, D. S. P

“Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.”

- ▣ en el que se asocian: la acción del bromo. SEDANTE DEL SISTEMA NERVIOSO, y la del calcio, que DISMINUYE la EXCITABILIDAD NEUROMUSCULAR.
- ▣ La acción SISTOLICA del calcio IMPIDE la depresión cardíaca causada por el bromo.
- ▣ Muy útil en el tratamiento de las HEMORRAGIAS, PRURITOS, ECZEMAS, JAQUECAS, ESPASMOS GLOTICOS, COREA y algunos otros PADECIMIENTOS CONVULSIVOS. Cajas con 6 ampolletas de 5 c. c

Representantes: Distribuidora de Productos Richter, S. A.

HUMBOLDT, 42

MEXICO, D. F.

fuerzo del Departamento de Salubridad y al de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, podría compararse a la instalación de un pabellón para cien enfermos como medida para combatir una epidemia en un país de 16 millones de habitantes. Peor como quiera que implica un paso adelante y demuestra los deseos de las autoridades de afrontar el asunto, esperamos del Director del Hospital de Toxicómanos, nos relate algún día sus observaciones en el Penal de las Islas Marías o sus proyectos en la campaña contra la toxicomanía y que nos descubra las medidas que tomará el Gobierno dentro de las posibilidades que ofrezca el medio actual. Mientras tanto, nos concretaremos a recomendar los trabajos aparecidos recientemente en América (2).

Nos referir-mos, pues, a las toxicomanías menores. Estas se han extendido a tal grado, que nos tropezamos constantemente con enfermos presas de tan fáciles narcomanías. En otro trabajo decíamos que la heroínomanía ha invadido nuestras clases bajas, el hampa, los delincuentes viciosos; pues bien, los adictos a las pequeñas drogas narcóticas se encuentran sobre todo entre las clases acomodadas. En nuestra clientela particular encontramos siempre alguna dama o algún caballero que sufre "fastidio" o "insomnio" autodiagnosticado y que se auto-receta hipnóticos de la serie de la malonilurea porque puede adquirirlos con la misma facilidad que la aspiri-

(2) Archivos Brasileiros de Hygiene Mental, Anno VII núm. 2. Junio 1934. Río de Janeiro (Brasil). "A propósito das toxicomanias raras ou pouco frequentes entre nós", por el Prof. Cunha Lopes.

Arquivos de Assistencia a Psicopatas de Pernambuco. Ano IV, núm. 1. 1934. Recife (Brasil). "Os fumadores de maconha en Pernambuco", por el Dr. José Lucena. En este trabajo se citan las investigaciones hechas por autores de varios países y por nosotros mismos, resultando un estudio comparativo completo y ameno de la Cannabis sativa, y una monografía especial respecto de cierta toxicomanía propia del Brasil, afín del marihuanismo.

na o el bicarbonato sódico. Las sedantes, analgésicos e hipnóticos de patente que llevan la embustera etiqueta de "no produce acostumbamiento" son hoy tan numerosos y gozan de tanta facilidad para su compra-venta, que sin darse cuenta los enfermos se encuentran habituados en poco tiempo.

Es urgente la revisión del reglamento de todas estas drogas especialmente los preparados barbitúricos, que producen los siguientes síntomas principales: adelgazamiento, irritabilidad, anorexia, mal aliento, constipación intestinal, insuficiencia hepática, astenia, temblores, midriasis, hipoacusia, dermatosis, insomnio o al contrario narcolepsia, embotamiento de los sentimientos altruistas y exalación de los egoístas, trastornos afectivos con tendendencia a la crueldad, desequilibrio ácido-básico, hipobulia y, en fin, desórdenes en relación con la constitución más o menos psicopática de todo narcómano y con el estado físico correspondiente a cada caso. Estos síntomas se agrupan de manera que va siendo cada vez más familiar al médico y puede identificarlos como síndrome, cuando la droga se usa en dosis relativamente corta pero de todos modos importante y continuada durante mucho tiempo (intoxicación crónica); muy otro, y no hay para qué describirlo, es el cuadro de la intoxicación aguda. Las manifestaciones patológicas señaladas antes son realmente pequeñas (de ahí la denominación de "pequeñas narcomanías") si las comparamos con las de algunos alcaloides del opio, por ejemplo el morfinismo crónico, pero tienen tres agravantes: 1o. son más fáciles de adquirir; 2o. no son legalmente combatibles, y 3o. no dejan de causar tristeza en los hogares, daño en la sociedad.

No ignoramos las dificultades con que tropieza la honorable Comisión de Medicamentos, las dificultades que existen para obligar a despachar estas drogas con receta requisitada y las muy grandes que se presentan para combatir ciertas toxicomanías que navegan con bandera de padecimientos no antisociales. Pero ya que el Departamento de Salubridad Pública está abordando con energía y valor las irregularidades que hay en el ramo de boticas, farmacias y droguerías, arrojando la

avalancha de protestas de los "intereses creados", se presenta la oportunidad de iniciar seriamente la cruzada contra las narcomanías menores.

Mientras tanto, los médicos en ejercicio debemos estar alertas y firmes. Todas las personas con trabajo intelectual excesivo, con exagerada ociosidad, con sueño desordenado, con dolor o molestia crónica, con manifestaciones psicasténicas y neurasténicas, muy consentidas en su hogar o rodeadas de comodidades (esto con más frecuencia pero a veces también al contrario cuando se sienten abandonadas o descuidadas), son personas que han caído o están próximas a caer en el hábito de uso de medicamentos. En efecto, no les falta pretexto para requerir la droga sedante, hipnótica, euforística, estupefaciente o enervante, pero siempre algún nervino fácil de conseguir.

Usemos de la persuasión o recurramos a ardides, pero evitemos caer en la cómoda actitud o en la sospechosa artimaña de muchos médicos que mantienen muy contentos y muy adictos a sus clientes recetándoles o prescribiéndoles constantemente medicinas del peligroso tipo mencionado. Esto, aparte de inmoral, es tonto, pues llega un momento en que el enfermo acude a la económica y agradable automedicación. Contamos con algunas armas para alejar a los incautos de la traidora narcomanía que los esclaviza y arruina.



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

UTILÍSIMO EN INSOMNIOS, AGOTAMIENTO NERVIOSO,
ESPASMOS, ESTADO DE ANSIEDAD, ETC.

DOSIS:

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

LABORATORIOS "GAÛRAS", 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.

ARSENOTERAPIA DE LA PARÁLISIS GENERAL

Stovarsol Sódico

4-oxi-3-acetilamino-fenil-1-arsinato de sodio

▼
TRATAMIENTO EFICAZ

en un porcentaje elevado de casos,
incluso avanzados

▼
**Inyecciones sub-cutáneas ó
intramusculares indoloras**

▼
**Posibilidad de asociación con la
Piroterapia por el Dmelcos**

▼
Ampollas dosificadas á 0 gr. 50, 1 gr.

N° 6126 D S P

Société Parisienne d'Expansion Chimique
SPECIA

Marques "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHONE"

21, Rue Jean-Goujon — PARIS (8^e)

Alienistas y Frenocomios de Hispanoamérica. —

Por el Dr. Samuel Ramírez Moreno.

El "Asilo Chapui" de Costa Rica y su fundador el
Dr. Carlos Durán Cartín.

El Hospital Nacional de Insanos de Costa Rica, "Asilo Chapui", es el mejor manicomio que existe en Centro-América, donde es ampliamente conocido, y en el que no sólo se internan los alienados de esa república, sino muchos también de otras naciones de la América Central.

Esta institución, que fué construída a principios del año 1885, en época del Presidente Soto, se hizo con dinero proporcionado por la Lotería Nacional, la cual se creó precisamente con tal objeto, y con el de obtener los fondos necesarios para su sostenimiento, así como también para el Hospital de "San Juan de Dios".

Es un establecimiento amplio, que en un principio sólo contaba con dos departamentos, uno para hombres y otro para mujeres, con capacidad para setenta y cinco enfermos respectivamente.

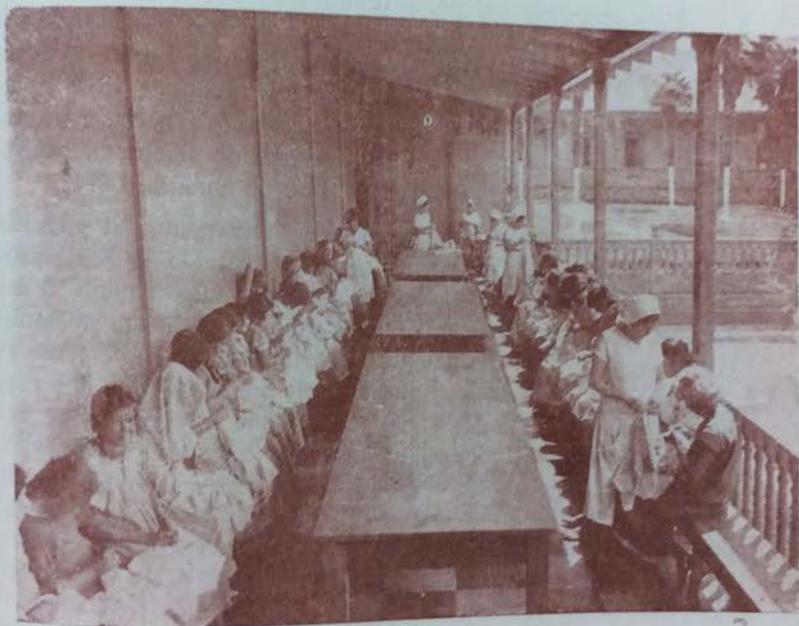
En los años siguientes, estos departamentos se han ido ampliando con nuevos pabellones y, en la actualidad, cada uno pueda albergar hasta 250 pacientes. Hay pabellones para pensionistas y para enfermos pobres, siendo todos atendidos con esmero, dentro de la comodidad que pueden proporcionar los edificios que son de apropiada construcción, y dotados con todos los elementos necesarios en las instituciones de esta índole. Ocupa extensos campos, rodeados de bellos parques, cuidadosamente cultivados por los mismos asilados, quienes viven ac-



(De izquierda a derecha y de arriba a abajo: a) Jardín y fachada.- b) Casa del Director.- c. Departamento de Mujeres: jardín de pensionistas - d) Departamento de mujeres: jardín interior con fachada del pabellón Bansen.- e) Trabajos manuales instalados provisionalmente en un corredor del edificio de telares. f) Telares.



Enfermos trabajando en la huerta.



Enfermas ocupadas en costura a mano.

tivamente ocupados en labores agrícolas y en diferentes oficios, de tal modo que, a fines de 1934, sólo había un 4% de desocupados. Como se vé, la laboroterapia es uno de los principales métodos que se emplean en el Hospital, y los enfermos además de cultivar legumbres y hacer trabajos de jardinería, realizan labores de jornaleros, pero, en especial, trabajos textiles y manuales.

A las mujeres se les dedica a actividades propias de su sexo: cuentan con salas de costura donde hacen finas labores de mano; ayudan a los quehaceres del Hospital; lavandería, planchaduría y constura a mano; además, cooperan en el aseo y arreglo de las habitaciones.

El Asilo, cuyo actual director es el Dr. Roberto Chacón, quien ayudado de dos médicos atiende a los enfermos y es al que por sus esfuerzos se debe el progreso que ha tenido en los últimos años, fué fundado por el médico costarricense, Dr. Carlos Durán Cartín, quien también fundó el Sanatorio "Carlos Durán", para tuberculosos.

Este eminente galeno, originario de San José, capital de la República, nació el 12 de noviembre de 1852. Hizo sus primeros estudios de Medicina en la Facultad de París, a la cual ingresó en 1868; pero como dos años más tarde, en 1870, se declaró la guerra Franco-Alemana, se trasladó a Inglaterra, acabando ahí sus estudios en la Universidad de Dusham, habiéndose graduado de Médico Sirujano el 30 de abril de 1874.

De regreso a su país, se dedicó activamente al ejercicio de su profesión y posteriormente, aprovechando el desempeño de algunos altos cargos oficiales, mejoró notablemente a los hospitales e instituciones de beneficencia. Así, por ejemplo, siendo Secretario de Estado de Gobernación, Policía y Fomento el año de 1885, creó el hospital de que nos venimos ocupando, pues no había sitio adecuado donde albergar a los numerosos enajenados que vagaban por las calles de las diferentes poblaciones de la República. Y, con este fin, fundó la Lotería Nacional del "Asilo Chapui"; con los fondos que se reunieron se adquirió el terreno donde más tarde iba a construirse el edificio. Este se puso al servicio del público el 10 de febrero de 1890.

El Dr. Durán, además de ser un gran médico y un verdadero filántropo, ocupó importantísimos papeles en la política de su país; en 1885 se le designó Secretario de Gobernación, Policía y Fomento; más tarde ocupó la Presidencia de la República, hasta 1892; después fué Presidente del Congreso Constitucional; de 1893 a 1903, candidato nuevamente para la presidencia; en 1912 diputado al Congreso Constitucional; diputado varias veces al Congreso Municipal de San José; Director de la "Maternidad Carit"; Presidente del Protomedicamento y Director de la Facultad de Medicina en diversas épocas.

A este notable médico, que fué honrado con varios títulos en el extranjero, lo perdió su país, al que tanto bien hizo, el día 23 de noviembre de 1924, fecha de su fallecimiento, en la ciudad de San José, después de 50 años de ejercicio profesional.

DOCTOR BERNARDO ETCHEPARE

Primer profesor de Clínica Psiquiátrica en la Facultad de Medicina de Montevideo.

Por el Dr. Elio García Ausst, profesor agregado de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de Montevideo.

El doctor Bernardo Etchepare perteneció al destacado núcleo de profesores de nuestra Facultad de Medicina que, llegados a las cátedras cuando este organismo recién salía del período heroico de la iniciación, hubieron de aplicar todo su esfuerzo a conquistarle un prestigio y afirmarle una estabilidad de que todavía carecía.

Como la mayor parte de sus compañeros de enseñanza,—Soca, Ricardoni, Quintela—para no citar sino los desaparecidos—Etchepare supo llenar con brillo, con eficacia y con decoro las cátedras que ocupó, la de anatomía primero y la de psiquiatría después. Educado en Francia, aportó consigo todas las virtudes didácticas del espíritu galo: el afán de claridad y precisión en los conceptos, la sencillez elegante en el decir, la preocupación tenaz de la objetividad, el arraigo de las disciplinas culturales positivistas.

Su pasaje previo por la cátedra de anatomía y el ejercicio de la cirugía a que se aplicó primero le sirvieron singularmente cuando abordó el estudio de la psiquiatría. Habían con solido en su espíritu un concepto estrictamente realista de los hechos biológicos y lo llevaron a encarar de necesidad los fenómenos psicológicos bajo el mismo ángulo. Esta modalidad espiritual, favorecida por la nitidez de exposición, hicieron que su enseñanza atrajera el interés de los estudiantes: se le escuchaba con agrado siempre y con atención creciente muchas veces, y nunca nadie pareció mostrarse molesto y extraño en aquella pequeña sala del Hospital Vilardebó donde el exámen de enfermos y las enseñanzas derivadas se hacían y adquirirían con el mismo espíritu que en las otras cátedras.

Fué sin duda esta tendencia biologista fundamental, la que impulsó al doctor Etchepare a recibir con simpatía y después con entusiasmo, las doctrinas de la nueva escuela alemana.

Le disgustaba el aspecto artificioso, forzado, impreciso, hasta puerilmente generalizador de la escuela de la degeneración entonces en auge. Su espíritu no se satisfacía con esa concepción, cómoda sin duda, pero a fundamento casi metafísico y a carácter evidentemente para-médico. Y es por eso que casi todos los conceptos Kraepelinianos, —que importan un magnífico esfuerzo por reintegrar los cuadros psiquiátricos a las normas médicas generales,— encontraron en Etchepare un defensor tenaz. Supo, sin embargo, limitarlos prudentemente, poderlos de sus exageraciones doctrinarias, despejarlos de su afán iconoclasta frente a ciertas entidades clínicas consagradas.

Permaneció fiel toda su vida a esa tendencia médica primordial. Cuando surgió este renacimiento que ahora florece de las doctrinas psicogenéticas él pugnó por reducirlas a las disciplinas caras a su espíritu y no quiso ver, por ejemplo, en la esquizofrenia sino una forma de la demencia precoz, y en el éxito del psicoanálisis freudiano, sino una conquista de la psicología objetiva de lo inconsciente sin alcance psiquiátrico alguno.

Desde su primer trabajo sobre demencia precoz hasta uno de los últimos sobre psicología de las demencias, todo lo que publicó lleva ese sello de objetividad, de biologismo, de condicionalismo nervioso, al encarar los trastornos psíquicos.

El profesor Etchepare dignificó la cátedra que creara; hizo desde ella enseñanza bien médica, y los que fuimos sus discípulos le debemos por lo menos la orientación fundamental que nos atrajo hacia los estudios psiquiátricos.

Además de catedrático el profesor Etchepare fué médico del Hospital Vilardebó y luchó constantemente por elevar en el público el concepto que merece y en las autoridades la atención que debe dispensarse, al enfermo mental.

Estimuló asimismo la producción, mostró un espíritu acogedor para los discípulos, cultivó el gusto de la conversación en la que exaltaba las cualidades simpatizantes de su espíritu.

Algunos años antes de su desaparición fundó la Sociedad de Psiquiatría de Montevideo de la que fué su primer presidente, y que defendió con cariño y entusiasmo siempre renovados.

El noble espíritu de este maestro se apagó prematuramente, en la plenitud de su talento, cuando aún cabían esperar los frutos más sazonados de su cultura y su experiencia, dejando entre los que lo rodeábamos un recuerdo imperecedero y estimulante por su ejemplo.



NOTAS SINTETICAS.

Por el _____
DR. JUAN PEON DEL VALLE.

LOS PROXIMOS CONGRESOS.

VII Congreso Panamericano del Niño. México, del 12 al 19 de octubre de 1935. Después de una cuidadosa selección de la Comisión Organizadora, el Dr. José Siurob, Jefe del Departamento de Salubridad Pública, anunció la participación que tendrán en el mismo los médicos del Servicio de Higiene Infantil. Se logrará que la trascendencia mundial de este Congreso sea especialmente fructífera para la niñez mexicana.

VII Congreso Científico Americano. México, del 8 al 17 de septiembre de 1935. La Secretaría de Educación Pública y la Universidad Nacional Autónoma han remitido ya la Agenda General del amplísimo campo que abarca dicho congreso.

II Congreso Internacional de Higiene Mental. París, del 27 al 31 de julio de 1936. Solamente lo mencionamos porque en el número anterior dimos cuenta del Congreso Internacional de Neurología con sede en Londres, del 28 de julio al 2 de agosto de 1935, y de la Primera Conferencia de Higiene Mental, octubre, Río de Janeiro.

I Congreso Latino-Americano de Fisioterapia, Rayos X y Radium. México, 29 de agosto a 5 de septiembre, 1935.

I Congreso Internacional de Gastroenterología. Bruselas, del 8 al 11 de agosto de 1935.

I Congreso Internacional de la Transfusión Sanguínea, todavía sin fecha, con Secretarías en Milán y en París.

¿LAS ENFERMEDADES MENTALES NO SON ENFERMEDADES?

En nuestra Facultad de Medicina y en varias Universidades y Escuelas de otros países, se estudian todas las enferme-

dades en las Patologías. Se estudian enfermedades que muchas veces no verá el médico por ser poco frecuentes, por no presentarse en el país o por ser de especialidades; como el kala-azar, la buba oriental, la enfermedad de Sachs, la esclerosis lateral amiotrófica, la linfogranulomatosis, el rinofima, los monstruos fetales, etc., etc. Pero los alumnos terminan la carrera sin haber oído hablar de un síndrome mental.

Hace poco se dió el penoso caso de que llegó al Hospital General un hipomaniaco y toxicómano a curarse un flemón del antebrazo, y nos era ofrecido solícita y amablemente a los profesores de clínica neurológica como un caso de P. G. P. por los médicos del Pabellón. El enfermo no tenía triada pupilar, ni exaltación de los reflejos, ni disartria, en fin, ni un signo clínico, —físico y psíquico— del rico cuadro de la enfermedad de Bayle, ¡y tenía 25 años de conducta anormal, de desórdenes mentales! Desórdenes que gritaban ser ciclotímicos y maniaco-depresivos. Fueron confundidas la euforia y las ideas expansivas de un maniaco, con la megalomanía absurda y contradictoria del paralítico general, y pareció tan evidente la psicosis sífilítica, que no se ordenó un exámen de líquido céfalo-raquídeo. Si errores tan graves pueden ser cometidos por médicos cirujanos de prestigio ¿qué no podremos esperar?

Como un apoyo a nuestro Editorial, puede pedirse que si se estudian, siquiera sea superficialmente, las enfermedades del estómago, corazón y riñones, se adquieran también nociones de las enfermedades del cerebro, tan frecuentes en la práctica médica general. Lo que se ha hecho con la pediatría y la obstetricia, que se haga, "toute proportion gardée", con la psiquiatría.

Sobre todo, mientras la clínica psiquiátrica sea optativa—deben darse rudimentos de exploración y de patología mental en clínica propedéutica y en el curso teórico de patología del sistema nervioso. Así se podría, por ejemplo, hacer más provechoso el último curso de clínica médica, que comprende los enfermos del sistema nervioso y algunos de los cuales (v. gr. los afásicos) requieren, para su diagnóstico cuando menos, conocimientos elementales de anatomía, fisiología y psicología (normales y patológicas) así como de semiología y nosología de los padecimientos mentales.

Si se trata de que salgan de la escuela médicas cirujanos prácticos, educados dentro del pensamiento fisiológico, con conocimientos de farmacodinamia, paidología y ginecología, con criterio biológico y nociones médico-quirúrgicas, no veo por qué ha de hacerse una excepción con las enfermedades de los órganos cuyas funciones rigen todo el fisiologismo y cuyas enfermedades repercuten en todo el organismo, que participan de todos los cambios; por qué ha de hacerse una excepción, repito, de las enfermedades de la mente.

Pero estemos seguros que esta anomalía cesará pronto, pues felizmente el Director de la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas y el Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, siguen encauzando día con día los estudios por la senda más racional.

CONTRA LA CAUSALGIA Y OTROS DDOLORES

REBELDES.

La neurotoxina de cascabel (*Crotalus Terrificus*) a la dosis de 1/10 de miligramo, ejerce una acción sedante bastante acentuada en las algias de brote leproso, especialmente en los brotes nerviosos mixtos y particularmente en las artralgias, una acción no despreciable en el dolor causálgico. Estos episodios dolorosos de la lepra resisten a la acción de la terapéutica mejor dirigida, es por eso que conceptuamos de muy halagadores los resultados que hoy exponemos. G. de la Plaza, M. Vegas y B. Gómez. ("Revista de la Policlínica de Caracas", Venezuela, abril 1935, año V, núm. 21).

ACERCA DE LA ESCLEROSIS MULTILOCLAR.

He leído de algunos autores belgas y americanos, que la esclerosis en placas puede atribuírse a la espirila de la piorrea alveolar. Ahora nos dicen los hamburgueses que la esclerosis diseminada puede ser una metatuberculosis del sistema nervioso central. No esperamos más opiniones: aguardamos los fundamentos y la comprobación. De lo contrario se seguirá perdiendo el tiempo.

REFEJOS CONDICIONALES Y ETILISMO.

Bajo el título "La cura del alcoholismo por medio de los reflejos condicionales", nos dicen en la "Gazzetta Sanitaria" de Milán, Italia, Año VIII, núm. 5, mayo de 1935, que el doctor Markonikov ha propuesto un tratamiento del alcoholismo por medio de la sugestión y de la formación de un particular reflejo condicional, que se podría llamar antialcohólico (citado en "Le Progrès Médical" núm. 45, 10 nov. 1934). Se trata de crear en el enfermo —por medio de la apomorfina (que tiene acción vomitiva) cuya administración se ha asociado a una bebida alcohólica— un reflejo condicional, que se manifiesta por un estímulo al vómito por la simple vista de una bebida conteniendo alcohol. Bastan 3/10 de c.c. de una sol. al 1% de apomorfina por vía hipodérmica, administrados pocos minutos antes de la bebida. Cinco son suficientes para crear la formación del reflejo condicional: después no será necesaria la administración de apomorfina. Naturalmente la cura va asociada a una psicoterapia racional. El autor espera que los colegas confirmen su método.

EL DINITROFENOL EN LOS ESTADOS DEPRESIVOS.

En la Sociedad de Medicina Mental, de Bélgica, los Dres. Vermeylen y J. Heernu dijeron que el dinitrofenol aumenta las combustiones celulares y disminuye el peso, sin provocar nerviosidad como la tiroides, y que está indicado en los melancólicos, de metabolismo lento. Ha dado buen resultado en la melancolía simple, no en la demencia precoz, como sucede con la hematóporfirina.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS NEURALGIAS DEL TRIGEMINO.

Tema importante para la neurocirugía trata Heymans en el "Deuts. Zeits. fur Chir". T. 216, cuad. 1 y 2, pag. 1, 1935. En efecto, el tratamiento de las neuralgias del trigémino es difícil en ciertos casos en los cuales la extirpación del ganglio de Gasser, las inyecciones de alcohol en el mismo y los demás procedimientos corrientes son ineficaces. Franzier, Adson y

otros autores en América han tratado cientos de casos haciéndoles la sección retroganglionar de las ramas sensitivas del nervio.

No siguen la técnica de Krause para penetrar en el cráneo, pues hacen una abertura en la escama del temporal, en una extensión de una moneda de dos marcos, después despegan la duramadre hacia arriba y atrás; el peligro de desgarrar el seno petroso es mínimo cuando se hace con una técnica cuidadosa.

Cuando los enfermos han sido tratados previamente con inyecciones de alcohol, se forman grandes engrosamientos y cordones a veces de varios milímetros de espesor, que hay que despegar con fuerza, pero cuidando que no se desgarre el seno petroso, pues la gran hemorragia que se produce impide toda visualidad del campo operatorio en el momento más difícil de la operación, o sea cuando se despega la duramadre de la parte posterior del ganglio de Ganer y, por tanto, es necesaria la mayor claridad, ya que hay que penetrar en el cavum de Meckel y liberar el ganglio y las raíces retroganglionares.

Para estar seguro de si se ha conseguido penetrar en el cavum de Meckel y se puede hacer el desprendimiento completo de las raíces, Bouger recomienda introducir un gancho algo curvo por entre la duramadre y el peñasco; si la penetra profundamente es señal que no se ha conseguido un desprendimiento completo.

El seno petroso superficial se eleva con el auxilio de una ancha espátula. La carótida será perceptible por una pulsación bien clara y visible. Después y con un gancho se separan las raíces sensitivas de las motoras y se tira de aquéllas hacia adelante y abajo en dirección del foramen oval, seccionándose entonces sin gran dificultad.

Con este método los dolores desaparecen por completo. En cambio, se ha observado pérdida de la sensibilidad en la lengua y mejillas. Las funciones motoras no experimentan ninguna alteración. No ha habido defunciones.

La profilaxia de las complicaciones visuales se logra respetando el tercio interno de las raíces, con lo cual se conserva la sensibilidad de la córnea. ("Los Tratamientos Actuales", Madrid, 15 abril 1935).

LA ATROFIA DE LA SENSUALIDAD EN LAS MUJERES.

Juan Lazarte, en "Medicina Social", Valparaíso, 1o. de mayo de 1935, año I, núm. 6, publica un interesante artículo, del que tomamos una curiosa estadística de las mujeres chilenas: Anestesia total, mujeres frías, 12%; frías con capacidad sensual posible, 21%; de capacidad sensual normal, 48%; de alta capacidad sensual, 12%, y de constitución específicamente amorosa, 7%. Salen mejor libradas las mujeres de Chile que las de la clasificación de Knudsen: Anestesia total, 20%; frigidez parcial, mujeres indiferentes; 25%; complacientes, 30%; cálidas, 15%, y apasionadas, 10 por ciento.

LOS DERECHOS DEL NIÑO.

En la observancia de los mismos, reposa el progreso de los pueblos. Los derechos de la infancia en el siglo llamado de los niños, han sido expuestos en decálogos. Cada país considera el asunto de manera distinta. La table de Chile, publicada en el Boletín Médico de Chile de mayo 12 1928 y reproducido en "Medicina Social" de Valparaíso en mayo de este año, es de ideas avanzadas; la tabla de Cuba, aprobada en el Congreso del Niño celebrado en la Habana en 1927, es quizá la mejor; la tabla de Uruguay, demasiado extensa, y la Declaración de Ginebra, demasiado suscita, son también dignas de conocerse. En general se concede que el niño tiene derecho a recibir de la sociedad los medios suficientes para desarrollarse libremente, así en lo físico como en lo espiritual.

Sería de desearse que en el próximo Congreso del Niño presentara México su tabla, ya que enarbola la bandera socialista más generosa y discutida, y es necesario que se amalgame a los hermosos preceptos de los otros países.

EL MEJOR REACTIVO PARA EL REVELADO DE LAS IMPRESIONES DIGITALES LATENTES SOBRE PAPEL.

Por su conexión con la Medicina Legal, transcribo las conclusiones a que Grannel y López de Sagredo llegan en su artículo publicado en "L'Avenir Médical", año XXIX, núm. 5, mayo de 1935, acerca del Yoduro de Almidón Lumière: 1o. No

mancha el papel. 2o. Proporciona imágenes limpias y muy contrastadas. 3o. De lo anterior se deduce que permite obtener fotografías perfectas. 4o. Las imágenes se conservan indefinidamente por lo cual no hay necesidad de actuar rápidamente. 5o. La imagen desaparece completamente sólo pasando un paño y en el momento en que el operador la ha fotografiado sin que tenga que esperar ni retener el documento más tiempo que el estrictamente necesario para sacar una fotografía. El yoduro de almidón reúne, pues, todas las ventajas de todos los reactivos empleados hasta la fecha, sin ninguno de sus inconvenientes.

ACETATO DE TALIO Y SISTEMA NERVIOSO.

No hace mucho, en un número anterior de esta Revista, el Dr. Ramírez Moreno publicó un interesante caso de Psicosis Polineurítica por administración de acetato de talio en dosis tóxica, comentado por el eminente dermatólogo Dr. Jesús González Uruña (v. Vol. I, núm. 2). Ahora el Dr. Emilio Cortella, de la Clínica Dermosifiliopática de la Real Universidad del Siena, Italia, publica una nota crítica importantísima en la Gaceta Sanitaria de Milán, julio de 1935, año VIII, núm. 7. Es un estudio clínico y experimental de la acción del acetato de talio, con observaciones necrópsicas de tal trascendencia, sobre todo por lo que se refiere al encéfalo, que, en la imposibilidad de transcribirlo todo, recomendamos su lectura en la publicación mencionada y extractamos lo siguiente: Las alteraciones histológicas constantemente encontradas en la corteza consisten someramente en disgregación de la zona cromática del Nissl, en face de vacuolización, inflamamiento, reducción del volumen del cuerpo celular, alteraciones nucleares (marginalización, deformación del núcleo). El cuerpo de Ammon responde con lesiones definidas, y hay en resúmen encéfalo-mielitis con neuritis degenerativa.

NOVEDADES DE IMPORTANCIA.

“El futuro de los informes psiquiátrico-forenses”, en el artículo “La paranoia ante los Tribunales de Justicia”, por el Dr. Gonzalo Lafora (Revista de Criminología, Psiquiatría y

Medicina Legal, Buenos Aires, Argentina, marzo-abril 1935, año XXII, núm. 128). Defiende Lafora en España, lo mismo que Reichardt, de Wurzburg, o sea la elevación de la cultura psiquiátrica de las personas que intervienen en los juicios de manera decisiva, y ridiculiza la estultez de ciertos jueces y abogados cuando quieren ironizar a los peritos.

"La Orientación Neurológica en Psiquiatría" por el Dr. Gonzalo R. Lafora, en los Archivos de Neurobiología, tomo XIV, 1934. El título del trabajo denuncia su contenido: después de hacer historia de la evolución de la psiquiatría, de la biología y de la medicina, el autor concluye defendiendo lo que nosotros hemos defendido también, y nos enorgullece sentirnos tan bien apoyados. También Kleist reconoce el avance de la psiquiatría hacia analogías biológicas y neurofisiológicas mejores.

"Cómo se podría fácilmente impedir los suicidios por barbitúricos", por el Dr. G. Dhers, en el Journal des Praticiens, mayo 19 de 1934. Compenetrado el autor del problema que constituye la fácil adquisición de veronal, gardenal, etc., (véase nuestro trabajo acerca del mismo asunto en este cuaderno), propone lo siguiente: obligar a los fabricantes de los derivados de la malonilurea, a incorporar a sus comprimidos una pequeña dosis de ipeca. Esta dosis carecería de acción si se absorbe 1, 2 o 3 comprimidos, pero estaría calculada de tal manera, que si un individuo absorbe una cantidad de comprimidos tal que alcance a la dosis tóxica del barbitúrico, absorba también una dosis vomitiva liberatriz de ipecacuana. Esto parece más seguro que incluir a los derivados barbitúricos entre las drogas de expendio bajo receta.



**S
A
N
Y
N**

BI-YO-GLICOL

INFANTIL
REG. N.º 15385. D.S.P.

Sanyn

ADULTOS
REG. N.º 14926 D.S.P.

SIFILIS
EN TODOS SUS PERIODOS
BISMUTO en FORMA
ANIONICA
ELECTRONEGATIVA

INDOLORO.

MUESTRAS Y LITERATURAS:
SANYN, APARTADO 2612 - MEXICO, 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