REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL.

Propiedad de la Academia N. de Medicina de México

SUMARIO:

EDITORIAL.

SOBRE CIERTOS ASPECTOS BIOLOGICOS DE LA INTOXICACION ALCOHOLICA.—Por los Drs. L. Mir y L. M. Palis.

PROFILAXIS INDIVIDUAL DE LAS PSICOSIS.—Por el Dr. Juan Peón del Valle.

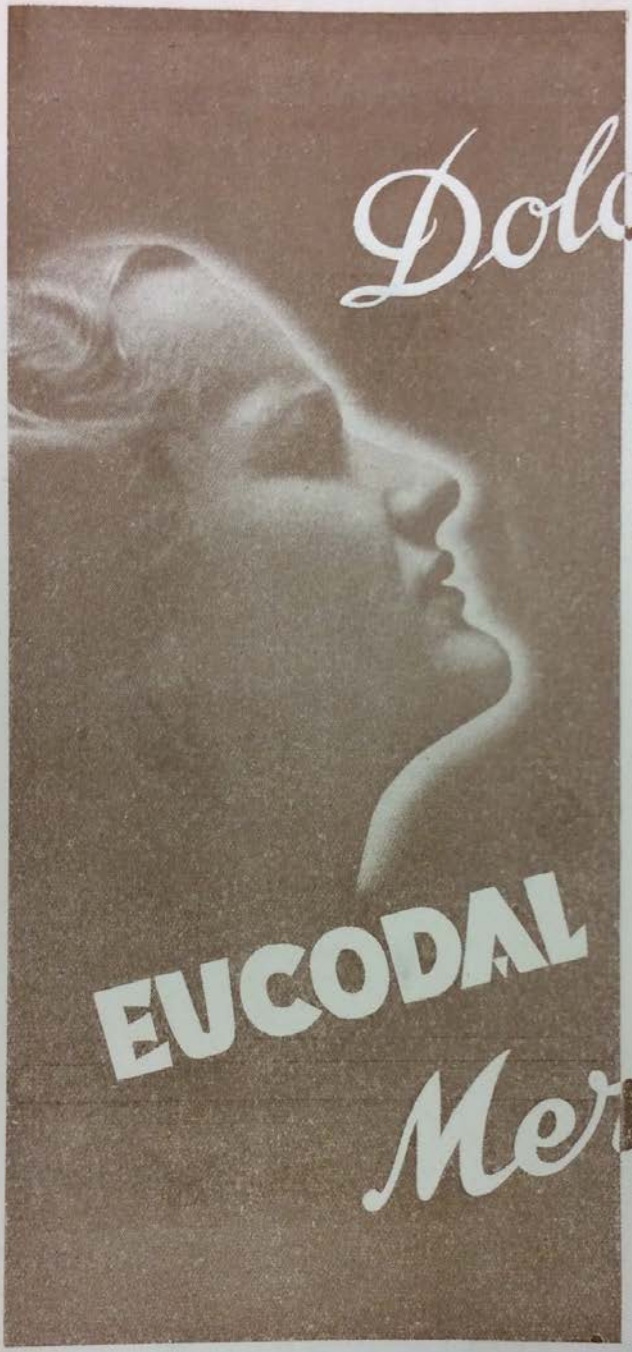
CUARTO ANIVERSARIO DE LA FUNDACION DE LA CLINICA DEL DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO.

ALIENISTAS Y FRENOCOMIOS DE HISPANOAMERICA.—El Dr. Juan Peón del Valle (padre).—Por el Dr. Samuel Ramírez Moreno.

NOTAS SINTETICAS.

Enero de 1936. México, D. F.

VOL. II PUBLICACION BIMESTRAL No. 11



EUCODAL

EN VEZ DE LA MORFINA

No solo en la cirugia (antes y después de las operaciones) sino también en la medicina interna, ginecología y en todos los dominios.
("EUCODAL")
marca Registrada

AMPOLLETAS:
Cajas de 10 de 0.01 y 0,02 gm. de 1 cc.

TABLETAS:
Tubos de 10 y 20 tabl. de 0.005 gm.

Reg. Nos. 260-261 D.S.P.

Este producto está sujeto para su venta a las disposiciones legales que rigen sobre productos enervantes y solo debe usarse por prescripción y bajo la vigilancia médica.

Merck

E. Merck-Darmstadt

Venta en México
MERCK-MEXICO
S. A.

Apdo. 8619 México, D.F.

REVISTA MEXICANA

DE

PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA

Y

MEDICINA LEGAL

DIRECTOR:

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

EDITOR Y JEFE DE REDACCION

Dr. JUAN PEON DEL VALLE

Publicación Bimestral

VOLUMEN II. NUMERO 11. 1o. DE ENERO DE 1936 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.

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

PSICOPEAGOGIA: Dr. Lauro Ortega.

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.

COLABORADORES REPRESENTANTES EN LA REPUBLICA

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

AGUASCALIENTES: Dr. Salvador Martínez Morones.

BAJA CALIFORNIA: Raul López Engelking

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 Marías). 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.

YUCATAN: Eduardo Urjaíz

ZACATECAS: Dr Arnulfo Rodríguez

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

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.

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 BIOLOGICAMENTE POR LOS QUIMICO-FARMACEUTICOS MANUEL PONTONES Y JOSE A. SENOSIAIN

FRASCO DE DIEZ GRAMOS $1 60

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN

AV. CHAPULTEPEC, 297 MEXICO, D. F.

Muy señores mios:

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

DOS FORMAS INTERESANTES DE PSICOSIS SITUACIONALES.

La continua revisión de la nosología psiquiátrica que modifica continuamente los conceptos y descripciones de diversos síndromes y padecimientos mentales, ya destruyendo unos y creando otros, ya separando y asociando a varios, tropieza a menudo con la dificultad de no encontrar el sitio taxonómico para algunos, como ha venido sucediendo con las llamadas PSICOSIS DE SITUACION, cuya identidad clínica es indiscutible, pero que aún no tienen claro asiento en la clasificación psiquiátrica.

Estas psicosis, o mejor dicho, síndromes mentales que fueron designados por Kraepelin con el nombre de PSICOSIS DE RELACION y por Von Hoeffer, —que con tanto entusiasmo las describió—, con el de FORMAS EXOGENAS DE REACCION, han dado motivo a numerosos estudios recientes, entre los que se destacan de modo especial, los de Sanchis Banús, López Albo, Urechia y Mihalesco, Allers Guija, Pinto y Mira; se enriquecen cada día con nuevas formas y raro es el autor contemporáneo que no señale una o varias creadas por él.

Son estas afecciones psicógenas, de corta, pero acentuada evolución con un cortejo de reacciones paranoides e histéricas, acompañadas de síntomas maníaco-depresivos o ansiosos que con frecuencia ceden a la acción psicoterápica, si ésta resuelve el desajuste, creado por la SITUACION de trastorno, como dice Mira: "sea obrando sobre los factores ambientales o bien modificando la actitud del sujeto frente a ellos, pero que también pueden derivarse hacia el suicidio".

Los síndromes en cuestión, son propios de las personalidades psicopáticas, así como de los débiles mentales y se desarrollan en ocasión de un CONFLICTO que éstos no pueden resolver.

Antaño ya se conocían y los viejos alienistas como Morel, Falret y Regis a estos cuadros situacionales los describían dentro de los estados episódicos, delirantes o no, de los DEGENERADOS.

Mas sin entrar a discutir lo adecuado o no de las designaciones, ya que lo interesante es la concepción clínica y la indicación terapéutica de tales estados, —cualquiera que sea su denominación,— queremos referirnos a dos, tanto por la frecuencia con que se presentan como porque a menudo son desconocidas e inadvertidas, además del interés clínico que tienen. Son, el DELIRIO DE AUTORREFERENCIA EROTICA DE LAS SOLTERAS VIEJAS y la PSICOSIS SITUACIONAL DE LAS SUEGRAS VIUDAS.

El primero, señalado por Kreschmer, es una reacción paranoide determinada por la insatisfacción sexual y la seguridad de no realizar ya los deseos de esta índole, en la mujer soltera, que va pasando, o ha pasado la edad matrimonial. Entonces proyecta fuera de sí el ataque sexual y crea una fabulación, en la cual, la enferma, se hace pasar por víctima de un supuesto galanteador, o bien forma múltiples interpretaciones delirantes, creyendo tener pruebas para desarrollar una conducta querellante o difamadora, contra el imaginario enamorado o sátiro, que si existe, es desde luego ajeno al papel que la paciente le atribuye y que como dice Mira con sutil ironía: "no siente hacia la delirante otra emoción que la de miedo".

La segunda, aún de descripción más reciente, es individualizada por el ilustre psiquiatra de Barcelona, quien se sorprende de que nadie la haya señalado a pesar de su gran frecuencia, pues en su casuística la señala formando el 8% del total de las reacciones psicógenas.

Es esta psicosis, propia de la madre que tiene un solo hijo, el cual es su sostén y apoyo, pero el casamiento de éste y la convivencia con la nuera, le provocan "diversos tipos de reacción psicótica: depresiva (simple, melancólica o angustiosa), paranoide (de perjuicio, de persecución o de influencia), agitada

(maniaca, de persecución, etc.), o incluso esquizofrenoide (autismo con impulsiones), cuyo pronóstico y evolución, dependen, como es natural, de la tara psicopática de la suegra, de la prudencia de los hijos y del tacto del psicoterapéuta".

Estos curiosos síndromes situacionales con los ya conocidos de PSICOSIS CARCELARIAS muy bien estudiados por Luis Pinto, Rüdin, Sterz, Wernike y Schupeius y los llamados REACCIONES PARANOIDES DE LOS SORDOS, DE LOS CIEGOS Y DE LOS EXCLUIDOS POR EL LENGUAJE que han sido motivo de trabajos tan bellos como los de Sanchis Banús, López Albo, Urechia y Mihalesco y muchos más, forman un interesante capítulo de la Psiquiatría, que aunque sujeto a revisión y clasificación más perfecta, es por ahora de gran utilidad para el alienista, pues le da una noción real de estas perturbaciones mentales y le abre camino a indicada y eficiente terapéutica.

Dr. Samuel RAMIREZ MORENO.

"Sobre Ciertos Aspectos Biológicos de la Intoxicación Alcoholica"

L. MIR, Jefe de Servicio de Neuro-Psiquiatría.—L. M. PALIS, Interno del Hospital Vargas.—Caracas.

Desde hace algún tiempo uno de nosotros (Mir) estudia la función renal en los trastornos cerebro-medulares y otras enfermedades internas, siguiendo a Castaigne y Chaumerliac. Sus resultados fueron el objeto de una comunicación a la Reunión Médica de la Policlínica CARACAS y más tarde pasarán a un estudio de conjunto en la Tesis doctoral de Palis.

Hemos podido, últimamente, aunque de manera incompleta, abordar el estudio debatido al extremo en la literatura, de ciertas modificaciones físico-químicas-sanguíneas en el curso de un tratamiento de supresión alcohólica. El estado actual de los hechos clínicos y de las hipótesis emitidas para interpretarlos, nos sugieren el camino seguido por las lesiones que sin ser definitivo, esperan la sanción de nuevas investigaciones.

Es a partir del año 1890, que comienza aproximadamente la investigación científica sobre la génesis de los trastornos mentales en los alcohólicos y se atribuyó al hígado el papel principal. Así, Klippel hace una comunicación en que habla de: "La insuficiencia hepática en las enfermedades mentales": "La Locura Hepática". Según este autor, todos los órganos estarían lesionados, constituyendo enfermedades diferentes. En el cerebro las alteraciones consistirían en degeneración grasosa de los capilares y de las células de la corteza. Todos los cuadros patológicos con aspecto diferente, según el órgano más o menos tocado son nacidos de la misma causa: "el alcohol"; pero no obs-

tante ello, atribuye al hígado el papel preponderante en la génesis del delirio en los alcohólicos.

Posteriormente la literatura está llena de casos de cirrosis atrófica con alucinaciones visuales y delirio vesperal; confusión mental, disminución de la capacidad intelectual, etc.

Otros autores atribuyeron al riñón la participación directa en la realización de estos fenómenos, lo cual trajo divergencia de opiniones patogénicas y por ende, de indicaciones terapéuticas. La parte correspondiente a la lesión intrínseca de estas glándulas, ha sido últimamente bastante bien separada una de otra. Nosotros insistiremos sobre ello más adelante.

Clásicamente, pues, fué estatuído que el alcohólico pasaba por tres estadios sucesivos que cabalgaban el uno sobre el otro. En el primero hay una sobre-excitación de los centros nerviosos; en el segundo, aparece el hepático, con lesiones renales consecutivas; y el tercero, está caracterizado por lesiones cerebrales profundas que lo asemejan al paralítico general. M. Faure publica un síndrome mental subordinado a la insuficiencia hepatorenal. Vigouroux y Laignel-Lavastine exponen en el Congreso de Bruselas en 1903, un caso de delirio por insuficiencia hepatorenal originando un cuadro paralítico.

Fuimos llamados en el mes de agosto de 1934, para examinar un sujeto de 25 años, alcohólico crónico, cuyo peso era de 46 kilos y su estado general bastante precario. Presentaba temblor fino, menudo; verborrea en el curso de la cual describía los fenómenos de angustia que lo aquejaban. Esta se acompañaba de ansiedad intensa, la cual aumentaba con sólo tener el sujeto el conocimiento de la posible carencia del estimulante etílico.

El estado de necesidad era manifiesto, traduciéndose por un malestar indefinible y trastornos del sistema vegetativo: opresión, sequedad de las mucosas, enfriamiento de las extremidades que se humedecían de fina transpiración, sensación de incertidumbre en la cabeza, que expresaba diciendo que sentía iba a ser objeto de algún accidente sincopal u otro. Con la ingestión de alcohol o la seguridad de poseerlo, aun cuando no lo tomara, todo el cuadro se aplacaba para presentarse más tarde, momento en que cediendo a la impulsión, ingería la dosis adecuada.

Joven culto y de letras, tenía sus operaciones intelectuales

detenidas desde hacía algún tiempo. La lectura lo fatigaba, la comprensión retardada, la memoria anterógrada bastante disminuída y como consecuencia, la síntesis mental sufriendo, ya que tenía una baja de la tensión psicológica. Poco a poco las actividades pragmáticas habían ido disminuyendo y el sujeto se encontraba en una fase de egocentrismo acentuado.

El examen nos reveló anorexia, trastornos de flatulencia, replesión estomacal, digestiones lentas en el curso de las cuales las palpitaciones y el enfriamiento de las extremidades y un malestar indefinible se acentuaban recordando la crisis simpaticotónica post-digestiva. El pulso frecuente, la orina no muy abundante, el insomnio marcado, intranquilidad, locuacidad monótona, entrecortando su discurso una disartria que lo hacía volver sobre el mismo tema.

Los reflejos en general vivos, sin otra alteración apreciable. La vía extrapiramidal y cerebelosa normales. La sensibilidad objetiva, sin alteración. El examen visceral reveló un hígado más bien pequeño. Bazo no palpable. El pulmón ofrecía una hiperventilación acentuada. La tensión arterial de 15Mx y 10 Mn, elevada; sin signos de insuficiencia miocárdica, a pesar del eretismo en que se encontraba el órgano.

Decidimos la supresión brusca ateniéndonos al cuadro que se desencadena en circunstancias semejantes. Este hizo su aparición en las 24 horas siguientes: desorientación en el tiempo y en el espacio, crisis alucinatorias, sobre todo visuales; de tiempo en tiempo auditivas, caracterizadas por ruidos extraños. Se esboza un delirio de persecución no agresivo y contemplamos al enfermo haciendo constantemente el movimiento de recoger en la boca y en las sábanas unas hilachas que le molestaban. En ciertos momentos una pequeña crisis dromótropa e hipomaníaca colorea el cuadro con gran desazón familiar.

Examen de orina. Cantidad: 290 c.c. Densidad: 1030; urea: 25 grm.; cloruros por litro 5.382 grm.; pigmentos biliares positivos; hemoglobina trazas; indol abundante; acetona, acid. oxibutirico y diacético: negativos; Ph7,2; Cilindros: no hay; amoníaco por litro: 0.374 grm.; Glóbulos rojos y cristales de oxalato de calcio. Urea sanguínea 0,179%. Phsanguíneo normal: 7.35. Reserva alcalina disminuída a 46% en volúmenes de C02. La

primera dosificación del cloro en la sangre en plena crisis da: cloro globular 3.44 por % y cloro plasmático 5.87. La relación

$$\frac{Cl\ Gl}{Cl\ Pl} = 0.58$$

A pesar de esta hipercloremia manifiesta (siguiendo nuestras ideas), instituímos una recloruración asociada al suero glucosado y la insulina. Cinco días después el balance de cloro sanguíneo muestra: Cl Gl 1.62; Cl Pl 5,25, lo que nos da una relación de $\frac{Cl\ Gl}{Cl\ Cl}$ de 0 30

La orina de 24 horas: volumen 2.000 c.c.; cloruro por litro: 0.819 grms. Cloruro en 24 horas: 1.638 grms.

El enfermo entra en convalecencia y permanece ocho meses sin tomar alcohol. El apetito aumenta, amplía el régimen alimenticio y gana en peso. Vuelve a sus actividades habituales intelectuales y sociales, pero siempre consultaba por una nerviosidad que no era otra cosa que un estado de inestabilidad ansiosa, semejante a los descritos por Dautrebande en el Hypertiroidismo. Al cabo de ese tiempo reincide. Se queja de ciertas crisis pequeñas pero constantes post-prandiales, caracterizadas por sensación de malestar indefinible, inestabilidad del pulso, palpitaciones, enfriamiento de las extremidades acompañadas de transpiración, sobre todo en las manos. Un tratamiento desensibilizante corrige en gran parte estos trastornos.

En el mes de abril del año 1935 volvemos en su ayuda con motivo de su reincidencia alcohólica, causada más que por el placer de beber, por las insinuaciones sociales. Al enfermo no le gusta el alcohol. Ha podido permanecer sin esfuerzo personal, completamente abstemio en todo ese tiempo. No ha tenido necesidad de vencer inclinación alguna; declara que en época de abstinencia, no siente impulsión dipsománica. Sintiéndose bien, cuando ingirió la primera copa, se aumentó en él de manera gradual y progresiva la sensación de inestabilidad ansiosa con todo el cortejo cardio-simpático descrito. La ansiedad lo invadió con el temor que pudiera sucederle algún accidente; sensación de vaguedad en la cabeza y el estado de necesidad fue acercando las ingestiones alcohólicas. En esta oportunidad las crisis hipomaníacas y dromótropas no aparecen. El enfermo se

queja de cierta debilidad, ansiedad intensa, insomnio, crisis sudorales, temblor marcado, extremidades frías, facies color sucio, terroso y anorexia.

Examen de sangre: urea 0.29%; cloro globular 2.50%; Cloro Plasmático 3.44. Relación $\frac{Cl\ \ Gl}{Cl\ \ Pl} = 0.72$.

El examen de orina practicado dos días después de la supresión de alcohol, presenta: Cantidad: 295; Densidad: 1.026; Albúmina: positivo; Hemoglobina: negativo; Pigmentos biliares: presentes, así como ácidos biliares; Urobilina e Indol: abundantes. No hay cuerpos quetónicos. Glóbulos rojos y cilindros: no hay.

La reacción de Van den Bergh no dió color en ningún momento. Anomalía que atribuímos a que el suero, por falta de retracción del coágulo, tenía color rojizo, lo cual ha podido "tapar" la reacción. En vista de ello y sospechando que pudiéramos tener que hacer con una alteración hemogénica por trastorno de la función hemopoyética del hígado, así como de la fibrinogénia, practicamos la prueba de Duke que fue normal; las otras no pudieron ser investigadas.

Un segundo examen de orina hecho cinco días después del anterior, era absolutamente normal y sólo presentaba mucho indol y escatol.

La densimetría fraccionada simple de la orina es practicada diariamente en clinostatismo y obtenemos una paridensidad alta en la prueba del segundo día, como lo muestra el cuadro A. Desde el cuarto día, como se ve en el cuadro B, se establece una imparidensidad normal, con dos elevaciones por arriba de 1.020 (función de concentracción) y dos descensos en los alrededores de 1.010 (función de dilución). En el cuadro C, se observa la comparación volumética de eliminación diurna y nocturna en función de la cantidad total en 24 horas.

Sabemos que normalmente el volumen de la orina de la noche, debe ser aproximadamente el tercio del volumen eliminado durante el día. Esta condición se cumple en las pruebas del segundo, tecero y quinto día. Sin embargo en las pruebas primera, cuarta y sexta, principalmente en estas dos últimas, la cantidad de orina nocturna sobrepasa los postulados normales en

relación al volumen diurno y algunas veces supera su volumen total. Además, la cantidad en 24 horas, dado el régimen terapéutivo de hidratación en el cual estaban asegurados 500 c. c. por hipodermoclisis y las aguas finas en abundante cantidad pero nos muestra una oliguria, y a mayor abundamiento, en el estado clinostático, ya que en ninguna prueba la eliminación alcanzó un litro.

En resumen, estamos en frente de una intoxicación alcohólica crónica en un individuo joven, cuyo estudio proporciona toda una serie de elementos clínicos y biológicos interesantes para tratar de construír un ensayo interpretativo.

Primeramente, interesa discutir, por qué este enfermo bebe. No es dipsómano vulgar, ya que en los períodos de abstinencia no siente la inclinación, en el sentido más amplio de la palabra, a la ingestión de líquidos. No estamos tampoco delante de un sujeto en quien existan manifestaciones infundíbulo-tuberianas de orden clínico. Con cuidado hemos investigado la constelación epiléptica, en cuyo sector de epilepsia psíquica, pudiéramos catalogar una impulsión. Por último, la especie de un habituado cuya génesis haya sido la actividad social de su posición, entre fiestas y cocteles no estaríamos inclinados a aceptarla, ya que para el enfermo no tiene placer la ingestión alcohólica. Fuera de la época de intoxicación, en que se establece un círculo cerrado, de repetición ingestiva, el sujeto tiene una indiferencia profunda por la bebida alcohólica.

En el curso de la historia hay una fase que nos explicaría el origen de la intoxicación. Se trata de un individuo afecto de inestabilidad ansiosa con malestar indefinible, variaciones del pulso, palpitaciones, enfriamiento de las extremidades con transpiración, sobre todo en las manos, sensaciones de vaguedad profunda en la cabeza. Fobias principalmente al acto sexual, que quizás estén en relación con el trauma psíquico de una blenorragia a los trece años que lo preocupó intensamente. Miedos diversos al salir a la calle, a entrar en una casa, a hacer una visita, etc. En estas condiciones, la ansiedad lo invade momentáneamente para desaparecer poco después que se encuentra instalado con la ayuda de un esfuerzo de voluntad. El cuadro, pues, de la neurastenia típica a forma psicasténica con obsesiones y

fobias como la interpreta Enrique Roxo, la encontramos en nuestro enfermo. ¿No es lógico pensar que se trate, al ingerir la copa de cortesía en nuestro caso particular, del despertar de esa polaridad de tendencia que es el impulso neurasténico? El enfermo, por otra parte lo describe: "Yo no necesito tomar; lo que me ha pasado siempre es, que este malestar que experimento se me calma ligeramente cuando tomo un whisky. Si encontrara un remedio que me lo quitara, o usted doctor, me hiciera desaparecer esta sensación de vaguedad con manos frías y angustia, yo no necesitaría tomar ni alcohol, ni remedios, ni nada".

Los aspectos del falso neurasténico que contemplamos en los alcohólicos crónicos de cualquier orden etiológico, como los descritos por Roxo en el Séptimo Congreso Brasilero de Medicina reunido en Bello Horizonte en abril de 1912, hay que descartarlos de nuestro cuadro analítico por presentarse sucesivamente a los estados de intoxicación, como los vemos también en los afiliados al opio. El cuadro de nuestro enfermo es primitivo. El estado de alcoholismo es secundario. Pera nosotros, el desequilibrio vegetativo de forma anfotrópica simpático-tónica de Danielópolu, constituye la enfermedad esencial escondida detrás de la intoxicación.

Después de la conclusión clásica, esquemática, sobre las lesiones reno-hepáticas ya expuestas, Marchand ha podido anatómicamente comprobar que el riñón no está afecto de nefritis aguda o crónica y con ello escinde los conceptos de nuestros predecesores, descartando la lesión de este órgano. Bien es verdad que en materia de nefritis, poniendo aparte las discusiones de las escuelas, debemos aceptar, además del concepto anatomo-patológico, el criterio defendido por Rathery, de la suficiencia o insuficiencia renal.

Así pues, sujetándonos a estas ideas, podríamos pensar que nuestro enfermo era portador de una nefropatía sin insuficiencia renal, si atendemos a la presencia de algunos glóbulos rojos en un examen de orina en 1934 y una pequeña cantidad de albúmina en 1935. Ambas alteraciones, fugaces, no nos parecen hablar de una nefropatía, cuando poseemos las pruebas de densimetría de Paillard en las que vemos, en plena crisis, una im-

paridensidad manifiesta. Además, la concentración máxima de la urea en la orina en relación al litro es muy aceptable.

Por lo que respecta a la consideración de una nefropatía con insuficiencia renal, salvo la pequeña alteración de la tensión arterial observada en la primera parte de nuestro estudio en que alcanzó 15 la Mx. y 10 la Mn. y que fue transitoria capaz de ser explicada por el eretismo simpático en plena intoxicación, nuestro enfermo no tuvo alteraciones de la urea sanguínea ni edemas.

El esutdio del cloro sanguíneo, si oímos a León Blum y Van Caulaert, nos haría pensar en una retención clorurada seca. Dichos autores son concluyentes: "La comprobación de un aumento de cloro sanguíneo basta para hacer el diagnóstico de la retención clorurada seca. Esta lleva las características de: A) Hipercloremia; B) Reserva alcalina normal o disminuída; modificaciones que indican un ligero estado de acidosis". "En la retención clorurada seca los glóbulos almacenan el cloro; hay una CLOROPEXIA GLOBULAR, la cual está indicada por el aumento del índice de Ambard: $\frac{Cl \quad Gl''}{C \quad Pl.}$

Para ellos, la retención clorurada seca es debida a una lesión renal. El parenquima no puede eliminar el cloro, ni con la misma rapidez, ni con la misma concentración que en el estado normal. El organismo tiene que valerse de una dilución y realizarlo "au ralentie". La disminución del poder de concentración del riñón de 0.50% puede llegar a 8%. En la retención clorurada seca no pasa de cierta altura y en los casos avanzados, llega escasamente a un gramo.

Analizando el conjunto biológico de nuestras investigaciones ¿podemos pensar en una retención clorurada en nuestro enfermo? Eso es lo que nos proponemos discutir. Hay factores que hablan en su favor. El primer examen de cloro sanguíneo en 1934 indica una hipercloremia global con cloro globular: 3.44; cloro plasmático: 5.87 e índice de Ambard: 0.58 y una concentración baja de cloruros en la orina: 5.38 grms. por litro; todo ello acompañado de una reserva alcalina disminuída a 46% en vez de 53 a 55 que es lo normal.

Propiedad de la
Academia N. de Medicina
de México

La misma investigación realizada en 1935 nos demuestra prácticamente la hipercloremia por cloropexia globular y aumento de índice de Ambard, ya que éste alcanza el valor de 0.72 y en aquélla, aunque el cloro plasmático no llega a la normal, sino que se detiene en 3.44, el cloro globular está netamente aumentado a 2.50. En esa época debemos recordar que la curva de eliminación volumética urinaria, según el cuadro 3, indica una oliguria en todas las pruebas, lo que hablaría en favor de la hidrofilia orgánica por hipercloremia.

Con estas consideraciones es muy sugestivo aceptar un trastorno funcional de la eliminación renal de cloro, aun cuando la histopatología de Marchand no demuestre lesiones. Nos inclinaríamos a adoptar este concepto, si no supiéramos que también hay causas extrarrenales de la retención clorurada, como la alteración del metabolismo del cloro, de origen nervioso por trastornos infundibulo-tuberianos de Leschke, acompañada de modificaciones del poder de concentración renal, comprobada más tarde por May, Lhermitte y Kaplan.

Por otra parte, los estudios de Chabannier y Lobo-Onell sobre la hiperazotemia post-operatoria, nos enseñan que en todo este conjunto de trastornos biológicos se presentan a veces las condiciones siguientes: A) Baja del cloro globular, con conservación normal del cloro plasmático, dando un índice de Ambard disminuído y ello unido, a una reserva alcalina descendida; todo lo cual, junto con la oliguria relativa, es expresión de una alcalosis gaseosa. Haciendo abstracción del estado de la urea sanguínea que en la crisis de intoxicación alcohólica siempre la encontramos, al igual que Toulouse, no alterada en nuestro enfermo, no hay duda, que en el segundo examen sanguíneo hecho en 1934, cinco días después de comprobar una instalación de acidosis de Blum, hallamos una fase de alcalosis gaseosa caracterizada por un cloro globular bajo: 1.62; un cloro plasmático alto: 5.25; que nos arroja un índice de Ambard de 0.30; mucho más descendido que lo señalado por esos autores.

La elevación de cloro sanguíneo ha sido descrita como transitoria por Toulouse, A. Courtois y Russel, sin intentar darle

Gardénal

FENIL - ETIL - MALONILUREA

EPILEPSIA
CONVULSIONES
ESTADOS ANSIOSOS
INSOMNIOS REBELDES

EN TUBOS DE COMPRIMIDOS
A 0,gr10, 0,gr05 Y 0,gr01

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION
Y BAJO LA VIGILANCIA MEDICA

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA

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

N 3467 D S P

interpretación. Estos autores dicen: "La cantidad de cloro, la altura de la reserva alcalina y el Ph los señalamos sin emitir opinión".

Para Chabannier y Lobo-Onnell la nefritis aguda presenta una alcalosis gaseosa con caída de la reserva alcalina y del índice de Ambard, ya que en los casos post-operatorios, el aumento del nitrógeno no proteico produce una excitación del centro respiratorio, trayendo esas alteraciones sanguíneas por hiperventilación pulmonar, como lo vemos también con la prueba de la hiperpnea provocada y la lobelina. Lamentablemente nosotros no buscamos, como otros autores, el nitrógeno residual. No obstante, hemos observado un hecho curioso: la hipercloremia manifiesta del primer examen en 1934, con síndrome acidósico de Blum, fue tratada por recloruración siguiendo nuestro concepto patogénico, y cinco días más tarde obtenemos el mismo resultado de alcalosis fija descrito por Levy y visto por Lobo-Onnell y Chabannier en la nefritis aguda, caracterizada por la baja del índice de Ambard. Es decir, hay un cambio ácido-básico sucesivo. Vemos el organismo pasar de la hiper a la hipocloremia, a pesar de la administración de sal, sin alteración de la serie ureica. ¿No es sugestivo este hecho para obligarnos a pensar que el trastorno del metabolismo clorado sea de causa extra-renal y no del tipo de nefritis seca de Blum? En favor de ello hablan la acción paradoxal de la inyección de cloruro de sodio en solución hipertónica sobre el rapport del cloro y el equilibrio ácido-básico en ciertos estados patológicos, sobre todo, en la fase post-operatoria.

Por otra parte, es de todos conocida la función antitóxica del cloro en biología. Con Mc. Callum, Robineau y las experiencias de Legueu y Fey, aprendemos que la recloruración actúa neutralizando las substancias tóxicas en el lugar mismo donde ellas son liberadas. Concepto éste, que debemos retener y trasportarlo, de la herida quirúrgica al trauma médico parenquimatoso, hijo de una lesión tóxica. Además, en otro artículo, Chabannier y Lobo-Onell dicen: "La independencia del síndrome tóxico y de la cloremia es también manifiesta en el curso de la recloruración terapéutica. Si frecuentemente la recloruración eleva la cloremia al mismo tiempo que los fenómenos tóxicos

desaparecen, en ciertos casos la acción de la administración de sal sobre el síndrome tóxico se efectúa mientras que la cloremia sigue cayendo".

Nosotros hemos observado en nuestro enfermo la desaparición de esos síntomas tóxicos mientras el cloro descendía en la sangre, pasando el índice de Ambard de 0.58 a 0.30 al quinto día de recloruración.

Poro otra parte, sabemos las lesiones que produce el alcohol a nivel de los núcleos grises de la base, locus niger, etc., después de las publicaciones de Warner, Toulouse, Marchand y Courtois.

Asimismo conocemos la repercusión que sobre el cuerpo estriado y las paredes de los ventrículos tiene la ligadura del canal colédoco experimentalmente demostrada por Lathan Grandall y Arthur Weil del Instituto de Neurología de Chicago. Estos autores han puesto en evidencia en el suero de los animales de experimentación, toxinas neurotropas que ejercen una acción destructiva In Vitro sobre los fragmentos de tejidos nerviosos. Para ellos las toxinas debido a la retención biliar, son eliminadas por los plexos coroides y los vasos cerebrales pequeños.

Independientemente, Baruk y Camus encuentran en sus estudios clínicos y experimentales, psicosis que aparecen después de un ictero. Bilis dotadas de una toxicidad neurovegetativa especial, produciendo modificaciones del ritmo cardíaco y respiratorio, así como también la ansiedad. En otra serie de investigaciones, la bilis de ciertos enfermos (ictéricos o catatónicos) ha determinado en la paloma una catalepsia absolutamente característica, sin contar toda una serie de trastornos, como somnolencia, estupor, hipo, etc. La naturaleza del principio cataleptógeno de Baruk está aún indeterminada. Sólo se sabe que es una substancia termolábil.

Para nosotros la interpretación de un trastorno funcional renal de nefritis clorurada seca, no es del todo satisfactoria. Creemos que el cloro tiene altas y bajas en la sangre, no en relación con la lesión renal, sino en función de la altura alcanzada por las substancias de desecho, tóxicas, probablemente proteínicas, sean del tipo de toxina neurotropa de Grandall y Weil

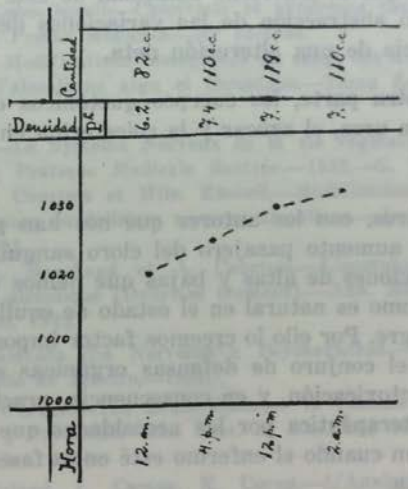
o parecida a la termoiábil de Baruk, con nacimiento a nivel de la célula hepática principalmente, sin por ello excluír la posible producción en otro parénquina del organismo, siempre por la agresión alcohólica. En este caso la función antitóxica hepática sería vencida y se sumarían ambos mecanismos de producción. Esas substancias nocivas actuando sobre el tejido nervioso, producirían las lesiones que la anatomía patológica ha demostrado.

El organismo entre otros medios de defensa, trata de oponerles una barrera y se valdría del cloro para cumplir su función. Llevando al terreno clínico estos conceptos, nos encontramos:

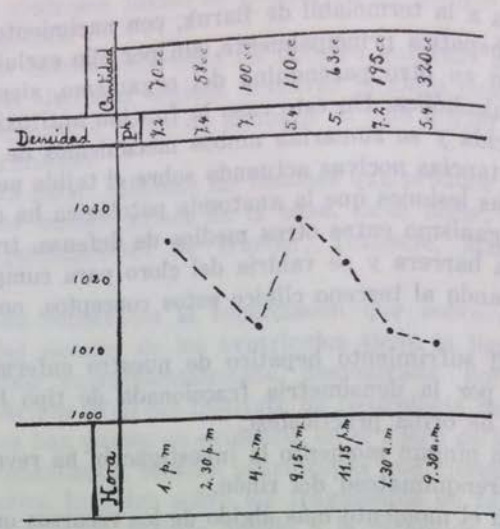
A) El sufrimiento hepático de nuestro enfermo está demostrado por la densimetría fraccionada de tipo biliar y los exámenes de orina practicados.

C) En ningún momento la investigación ha revelado sufrimiento parenquimatoso del riñón.

B) En el momento más álgido de los recursos orgánicos, el cloro se deriva a la circulación general para cumplir su función antitóxica, dando aspectos de acidosis o alcalosis con hipercloremias o hipercloremias extra-renales.



Paridensidad urinaria de tipo biliar



CUADRO B
Imparidensidad de tipo normal.

D) En lo que al trastorno funcional de este órgano se refiere, haciendo abstracción de las variaciones del cloro, no tenemos evidencia de una alteración neta.

E) Por otra parte, los cuerpos quetónicos están ausentes en la orina. La urea, el azúcar y la colesterina en la sangre son normales.

F) Nosotros, con los autores que nos han precedido, contemplamos el aumento pasajero del cloro sanguíneo con la serie de correlaciones de altas y bajas que hemos encontrado repercutiendo como es natural en el estado de equilibrio ácido básico de la sangre. Por ello lo creemos factor importante, si no el principal, en el conjuro de defensas orgánicas en el curso de este tipo de intoxicación, y en consecuencia, practicamos su administración terapéutica por las necesidades que de él tiene el organismo, aun cuando el enfermo esté en la fase de hipercloremia manifiesta.

Pruebas	Eliminación Diurna	Eliminación Nocturna	Cantidad en 24 hrs.
1er Dia	555 c.c.	317 c.c.	872 c.c
2º Dia	311 c.c.	110 c.c	421 c.c.
3er Dia	740 c.c.	245 c.c	985 c.c.
4º Dia	338 c.c	578 c.c	916 c.c.
5º Dia	475 c.c	65 c.c	540 c.c.
6º Dia	435 c.c.	540 c.c	975 c.c.

CUADRO C
Comparación volumétrica de la elimidación urinaria por nictámero.

BIBLIOGRAFIA:

Chabannier et Lobo-Onnell.—A propós d'un cas d'hyperazotemie post-operatoire avec Rechlorurátión. La Presse Medic. Nº 49-1933.

Chabannier et Lobo-Onnell.—Chloremie et syndrome toxique post-operatoire.—La Presse Medicale.—Nº 13-1934.

C. Truche.—Les Modifications biologiques du sang, des urines et du L. C. R., dans l'alcoolisme aigu et chronique.—These de Paris.—1933.—Legrand.

D. Damelopulu.—Le Systeme Nerveux de la vie vegetative.—Deux Faciculles.—La Pratique Medicale ilustrée.—1932.—G. Doin.—Paris.

E. Toulouse, A. Courtois et Mlle. Russell.—Modifications Chimiques du sang ou cours du delirium tremens alcoolique.—Ann. Med. Psych.—Nº 2.—1931.

E. Toulouse, L. Marchand et A. Courtois.—L'encephalite psychosique aigüe des alcoolique (Delirium tremens).—Ann. Med. Psy.—T. 1.—Nº 1.—Jan. 1933.

E. Roxo.—Tratamento dos Nervosos e Psychopathas.—Editora Freitas Bastos.—Río de Janeiro.—1934.

Francis James Warner.—The Brain Changes in Chronic Alcoholism and Korsahow's Psychosis.—The Jour. of Ner. and Ment.—Des. V-80-Nº 6.—Dcbre. 1934.

H. Baruk. H. Briand, L. Camus, K. Cornu.—L'Anxieté Biliaire.—Ann.

Med. Psy.—T I.—Nº 2.—1935.
H. Baruk, L. Camus.—Sur une varieté de Catalepsie Biliaire Experimentale.—Ann. Me. Psy.—Nº 5.—Dcbre. 1934.
J. Casteigne et J. Chaumerliac.—Densimetrie simple des urines fractionnées des vingt-quatre hcures comme methode pratique d'appreciation de l'insuffisance renale.—Jour. Med. Frace.—T. XXI.—Nº 11.—1932.
J. Castaigne, J. Chaumerliac et H. Paillard.—Densimetrie urinaire et retension hidrique comme signes revelateurs de l'insuffisance renale.—Jour. Med. Fran.—T. XXI.—Nº 11.—1932.
Klippel.—De l'origine hepatique de certains delires alcooliques.—Ann. Med. Psych.—1894.
Lathan, A. Crandall and Arthur Weil.—Pathology of Central Nervous System of deseases of the liver.—Arch. of Neur. and Psych.—V.—29 May 1933.
León Blum et C. Van Caulaert.—Le Role du sel dans les nephrites.—Masson et Cie.—Paris 1931.
L. Marchand.—Lesions du Systeme Nerveux du Foie et de la Rate dans le Delirium Tremens des Alcooliques.—Sct. Anat.—1º Debre. 1932.
L. Dautrebande.—Psysiopathologie de la Thyroide.—Paris 1931.—Masson et Cie.
M. Levy, E. Levy, Mignon.—L'action parfois paradoxale des injections de Clorure de Sodium Hypertonique sur le rapport chlore, et sur l'equilibre acide-base dans la phase post-operatoire.—Bull. Soc. Franc. Urol.—9 Juillet 1934.
M. Lhermitte.—Les Syndromes Anatomo-cliniques de l'appareil végetatif hypothalamique.—Rev. Neur.—T. I.—N 6.—1934.
Rathery et Froment.—Classification des Nephrites.—La Presse Medicale.—N 27.—1934.

Profilaxis Individual de las Psicosis.- Aportación a la Higiene Mental.

Por el Dr.

JUAN PEON DEL VALLE

Siendo tan vasto el campo de la Higiene Mental, voy a concretarme a un solo aspecto: la profilaxis individual de los desórdenes mentales. Hasta ahora las Ligas de Higiene Mental se han ocupado, sobre todo, del aspecto social y colectivo en la prevención de las enfermedades mentales y de la delincuencia, así como en los problemas conexos. Me concretaré, por tanto, repito, a la profilaxis individual.

Es bien sabido que la intervención del psiquiatra en el tratamiento de una psicosis, es tanto más provechosa cuanto más oportuna. Con esto quiero decir cuanto más temprana, cuanto más precoz y cuanto más efectiva. Algo semejante a lo que se hace con el padecimiento neuropsiquiátrico por excelencia —la P. G P., que tanto cabe en la neuriatría como en la psiquiatría—, al llegar al diagnóstico pre-clínico por medio del examen del líquido encéfalo-raquídeo.

Sin embargo, casi siempre se recurre al alienista tardíamente. Y esto, por dos razones: porque generalmente los médicos no especialistas dan poca importancia a las primeras manifestaciones de la perturbación mental, y por la dificultad de convencer a los familiares del enfermo (o a éste) de la imperiosa necesidad de recurrir a grandes remedios para tan gran mal. Con razón decía Scabia: "Pensamos con extrañeza que, mientras un orzuelo pone zozobra en una familia, la cual no se

da paz hasta que el médico le ha dado una completa seguridad de curación (¡sin perjuicio para el ojo!) los clarísimos pródromos de un trastorno psíquico no causan preocupación o la producen ligerísima, contentándose la familia con decir: son cosas que pasan; es doble esa extrañeza, porque mientras que existe horror por los males que atacan un órgano noble (oído, ojo, etc.), existe una indiferencia inconsciente por los males que hieren al príncipe de los órganos, al órgano de todos los actos psíquicos!"

La indiferencia de la familia, generalmente, y la del médico muchas veces, se explica por una sola y sencilla causa: la ignorancia. En el médico es imperdonable. Tiene obligación de conocer los pródromos y dar la voz de alarma.

El público, por las necesidades de su conveniencia, ha dividido a los médicos en dos grupos que mutuamente se apoyan y completan para servir a los enfermos: por una parte está el médico de la familia, el de cabecera, y por la otra el médico consultor, a quien se recurre sólo en casos determinados por la gravedad del enfermo o por la naturaleza del mal que requiere los conocimientos del especialista. El primero es el noble tipo, cada vez más escaso, del amigo leal y sincero, del que conoce el pasado y el presente de sus clientes y que puede aconsejarlos para el porvenir. El médico de cabecera conoce las circunstancias íntimas de la familia, puede desenredar la trama de las difíciles relaciones de los parentescos y muchas veces ha visto formarse esa red nudo a nudo y sabe, en ocasiones mejor que los interesados, cuáles de esos nudos han sido atados por el cariño, cuáles por las exigencias sociales o el interés pecuniario. Ha visto realizarse los matrimonios de amor, los convenientes y los de interés. El conoce el carácter de los jóvenes de la familia y ha visto disolverse y mancharse con debilidades el de los viejos. Puede reconocer en aquéllos la influencia de éstos y debe saber lo que se puede esperar de unos y de otros. Ese conocimiento de las circunstancias de sus clientes y el prestigio del saber y de la honrada bondad con que ejerce su profesión le dan influencia inmensa sobre sus enfermos y dan a sus palabras autoridad y fuerza para decidir a las familias en los casos más dolorosos y difíciles. Y sin embargo, insisto, es excep-

cional que el alienista sea llamado en tiempo verdaderamente oportuno y lo común es ver que esos primeros momentos de la enfermedad, cuando la actividad del médico encuentra un campo en qué sembrar con fruto, se pierden en inútiles tentativas de corregir defectos morales o de distraer al enfermo de preocupaciones que son la primera manifetsación de la locura.

El médico de confianza, el médico de la familia, es quien debe, pues, conocer al detalle los factores predisponentes, y debe poseer un criterio sólido acerca de la herencia; la herencia en biología, la herencia en patología general y, concretamente, la herencia en psiquiatría.

Actualmente ya son pocas las familias que tienen "su" médico. Razón de más para que todo médico, sea general, sea especialista en diversas ramas, pero siempre que sea un médico práctico, esté provisto de una cultura fundamental en lo que se refiere a las causas hereditarias y del medio ambiente, y debe recordar, como dice Nathan, que muchas psicosis son evitables; quizás todas pudieran serlo en un medio ideal.

Así como una confusión mental aguda se anuncia por días de insomnio, de cefalalgia, de inquietud; así como una demencia precoz se sospecha por la tendencia a lo extravagante, por un sentimiento penoso de extrañeza interior; así como una parálisis general progresiva se avecina con una hiperactividad estéril y desordenada, por doromanía y disosmia, etc.; de la misma manera cualquier cambio en la conducta, inmotivadamente, (de religiosa en irreligiosa o viceversa, de cariñosa en indiferente, de atenta en distraída, de correcta en viciosa, etc.,) debe ser una razón para estudiar el terreno en que se desarrolla el cambio mental.

Todas las personas sufren traumatismos psíquicos, pero en el modo de soportarlos es en lo que hay que fijarse. También deben tenerse en cuenta los pequeños traumatismos repetidos; éstos, como un gran choque, dañan al tarado. Causan estragos en las constituciones psicopáticas.

La mayor parte de las psicosis es susceptible de principiar con un cuadro que casi todos los médicos bautizan de "neurastenia". Póngasele coto a ésto. El momento de identificar los pródromos, la propensión y hasta la tendencia a caer en una psicosis, ha llegado.

No debe esperarse que los médicos ajenos a la psiquiatría (hasta donde cabe la lejanía de un médico respecto de tal o cual rama de la medicina) dominen los métodos de diagnóstico y tratamiento netamente de especialistas, como el hipnotismo, la sugestión, la grafología, el método psicoanalítico, etc., que resulta, por lo demás, de una cultura un tanto trasnochada o "demodée", ni mucho menos el moderno método de Vittoz, que absorbería tanto tiempo. Los detalles finos, las delineaciones o dilucidaciones, por ejemplo, acerca de si un fenómeno es alucinación o pseudoalucinación, si se trata de un simulador, disimulador o sobresimulador, se quedan para el especialista. Pero, en cambio, debe extenderse entre la generalidad de los médicos el conocimiento de los elementos útiles para la profilaxis individual de la enajenación mental. Lo que Junod y Vittoz llaman las vibraciones cerebrales, ya que "**modificar** las vibraciones cerebrales anormales es **curar** la obsesión y le neurastenia" (sic).

No borraremos nunca las bases de Esquirol, Pinel, Magnan, Charcot; como tampoco la obra didáctica de Régis, que es la cumbre sencilla pero insuperable según el tiempo lo ha demostrado; esto no es olvidar las brillantes aportaciones de Lombroso, Janet, Bernheim, Kraepelin, Bleuler, Freud, Claude, que vinieron después de la ilustrativa patología mental de Gilbert-Ballet. Afluyen a la mente muchos nombres: Hésnard, White, Lafora con su amplísima cultura psiquiátrica, Genil-Perrin con sus estupendas descripciones que dignamente suceden a las de Sérieux y Capgras, Kretschmer, y Sante de Sanctis con sus doctrinas acerca del proporcionalismo psico-físico y la metodización de la psiquiatría infantil, han abierto bellos horizontes a los neuropsiquiatras. Pero, es necesario repetirlo, todo ese hermoso edificio, desde sus bases y que debe ser minuciosamente estudiado por los especialistas con desapasionamiento y amplio criterio, no basta para la prevención de las psicosis. Lo principal, lo esencial, es que cualquier médico no psiquiatra pueda identificar los elementos útiles, a grosso modo, cuando todavía sea tiempo de evitar que el enfermo se sumerja en el tenebroso averno de la locura, del cual difícilmente se sale.

No hay que pretender obtener los datos con el magnetismo
atlético que usaba el intuitivo y sorprendente Clérambault,
apóstol de las doctrinas sobre el automatismo mental, la ero-
tomanía y el contagio. Simplemente el médico general, el mé-
dico práctico, el médico de cabecera, el médico de la familia
o el especialista en otras ramas, debe ser un sutil observador;
basta, en efecto, identificar los elementos morbosos, para en-
tregar al candidato a la locura, al fronterizo, al predispuesto o
al psicópata, en manos del psiquiatra.

Se dirá que entonces, todo médico debe volverse buen ob-
servador, y no puede cambiar su modo de ser. Pero no; me re-
fiero a los clínicos. Todo clínico, por ello mismo, es buen obser-
vador. Esto no es más que una excitativa para que los clínicos
capten los elementos útiles a la profilaxis mental.

Evidentemente la observación de los elementos psicopáti-
cos involucra la identificación del tipo caracterológico y tempe-
ramental, por ejemplo asténico o esténico, para juzgar de la
peligrosidad. Este es el lazo entre la higiene mental individual
y la higiene mental colectiva; y así se hace higiene social, obra
humanamente la más útil y generosa. Por último, además de
considerar los elementos personales, deben precisarse los fac-
tores ambientales. Y esto no es más que decir, con palabras que
están de moda, lo que nuestros siempre injustamente olvidados
viejos maestros, han llamado el individuo y el medio, el ger-
men y el terreno.

Alguien puede pensar que, si posible es a cualquier clínico
sagaz la identificación de una neurastenia, de un síndrome de
angustia, de una introversión, de un estado de autismo y hasta
de un período preparalítico o médico-legal, atacando así a tiem-
po la neurosis, la esquizofrenia o la parálisis general progre-
siva, en cambio muy difícil será reconocer un "tiempo de pre-
paración" en un paranoico. Y bien, poco importa. Si en algunos
casos al esquizoide puede evitársele la demencia precoz, si al
escrupuloso puede alejársele la psicastenia, en cambio el pa-
ranoide constitucional verdadero, tarde o temprano, actuará co-
mo paranoico. Además, a estos enfermos de la "personalidad
social", se les controlará cada vez más, ya que la higiene men-
tal y la prevención social están orientadas. Más que ningunos

otros, actúan en función del medio, y estos enfermos harán más o menos daño a la sociedad según puedan desenvolverse en campos más o menos propicios. ¡Qué terrible, en efecto, un dictador paranoico, y qué insignificante un paranoico ermitaño en el desierto! En tanto, el melancólico, el esquizofrénico, el psicasténico, sufre en un medio y en otro; sufre más en sí mismo que en el medio; abstracción hecha, naturalmente, de someterlo a tratamiento médico. (1)

Pasemos ahora revista a los elementos útiles para la profilaxia individual de la psicosis. Señalaré únicamente los de importancia trascendental, por su frecuencia y por su nitidez. Los que servirán al médico, cualquiera que sea la rama que cultive.

La Depresión Afectiva.—Ya desde 1870, en una memoria coronada por la Academia de Medicina de París, había dicho el Dr. Alfred Peon (director del Asilo de Alienados de Cadillac y miembro de la Sociedad Médico-Psicológica de París), que la melancolía es a tal grado frecuente, que en 295 observaciones la había encontrado 108 veces. En efecto, cuántas neurosis y cuántas psicosis presentan el cuadro depresivo. Hasta se han llegado a considerar, por algunos autores modernos, sólo dos grupos de ideas delirantes: expansivas y depresivas. Siendo más frecuente el carácter, el tono depresivo. Debe ocupar, pues, la depresión, el primer lugar entre los elementos de alarma. En

(1) La tendencia a considerar cada vez más orgánica y biológica la Psiquiatría obliga naturalmente a insistir en aconsejar que se empiece por descartar todas las causas que puedan dar "nerviosismo" y que correspondan, por ejemplo, a padecimientos del estómago, a la diabetes, etc.; sería torpe llamar hipocondríaco a un angustiado porque es urémico. Austregesilo denomina aporioneurosis a la verdadera neurosis de angustia, y dice ("Consejos Prácticos a los Nerviosos"; Río de Janeiro, 1929, Madrid 1931): "Dejerine hacía gran cuestión de la conmoción como causa de la neurastenia. El trastorno mental es poca cosa ante el agotamiento producido por la emotividad exagerada. Como cita Toulouse, un hombre puede estudiar ocho horas diarias sin agotarse, sin neurastenizarse; pero desde que pone la preocupación conmoviente en estos estudios, sobreviene la estafa, el cansancio, el llamado **surmenage** o ergastenia, como prefiere Prado Valladares. No es, pues, el trabajo intelectual que agota y sí son las preocupaciones o conmociones discurrentes o de cualquier trabajo mental".

nuestro país el pueblo sabe bien la frecuencia de "la tristeza", y a menudo consulta al médico sólo por eso. Aquí tendrá el clínico en cuenta todas las ideas deprimentes, el sentimiento de inferioridad, el de incompletud.

Los diferentes estados cerebrales de la pasividad.—Indudablemente se notará si el enfermo duerme poco o demasiado y otros caracteres, pero, sobre todo, en renglón aparte, se estudiarán los ensueños. Entran también en este capítulo la vaguedad, la confusión, el torpor, el vagabundaje mental, la sobreexcitación, el mentismo, la ansiedad, la angustia, la tensión (irritabilidad, dolores, fatiga). Todas estas manifestaciones deben ser anotadas por el clínico, por oportunas, pues este período se caracteriza por la poca gravedad de los síntomas, la ninguna importancia patológica que les da el enfermo y la intermitencia de los mismos. Efectivamente, poco tiempo después, la intervención del médico es menos ventajosa; los síntomas se precisan, el enfermo se apercibe y sufre, los fenómenos se hacen permanentes.

Vittoz y más tarde Junod, han concedido lugar aparte a ciertos elementos de la pasividad cerebral: las obsesiones ("clichés", que podríamos llamar "grabados"), el desdoblamiento y la emoción.

Desórdenes de la actividad cerebral.—En la actividad que se refiere a la receptividad de las sensaciones, el enfermo mira, pero no ve, y escucha, pero no oye, y esto es porque substituye la apreciación a la sensación, ya que en cada sensopercepción se acompaña el fenómeno de la carga afectiva anormal; algo semejante ocurre en lo referente a la receptividad de los acontecimientos y de los actos, por alteración del campo de la conciencia. En la actividad que se refiere a la emisividad de las ideas y de los sentimientos, el enfermo se siente dificultado primero e imposibilitado después; lo mismo que para la emisividad de la voluntad, pues el médico presencia la caída del enfermo, que se manifiesta por el deseo incontrolado, la impulsión, la intención y por fin el capricho tenaz, que se presentan según se trate del soñador, del agitado o del tenso.

Para terminar: Una vez que el control cerebral es insuficiente, se rompe el proporcionalismo psico-físico; mientras el

enfermo está compensado, el trabajo, la alegría, el valor, la esperanza, disfrazan el desequilibrio. El observador se apercibe entonces de que el enfermo acude a esos remedios para sufrir menos. Pronto, sin embargo, fracasa, y aparece el carácter nervioso: la inestabilidad, la duda, la gran emotividad, la tendencia a razonar (no raciocinar) sin actuar. En este período debe intervenir ya el especialista, pues se encuentra el enfermo a tiempo de ser curado. La psicosis puede ser evitada.

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.

Cuarto Aniversario de la fundación de la Clínica del Dr. Samuel Ramírez Moreno.

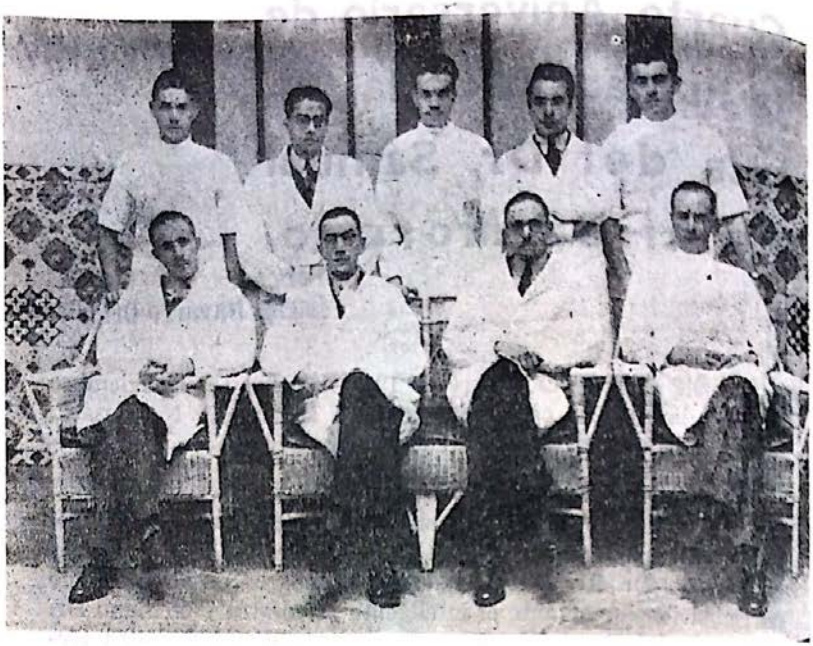
Por
Carlos Navarro Origel.

Desde el 1º de diciembre de 1931 hasta el 1º de diciembre de 1935, la "Clínica para Enfermedades Mentales y Nerviosas", del Dr. Samuel Ramírez Moreno, ha prosperado como se esperaba.

Hace un año se publicó en esta Revista, con motivo del tercer aniversario de la Clínica, una nota acerca de los motivos que tuvo el Dr. Ramírez Moreno para fundarla, en lo cual tomó participación importante el inteligente psiquiatra y cirujano Dr. Guillermo Dávila, así como datos respecto de su personal técnico y administrativo, la ampliación del edificio, etc., etc.

Justo es ahora decir que el Dr. Ramírez Moreno ha hecho de su Clínica un centro de estudio, cuya meritoria labor se ha visto premiada por el éxito, del que han beneficiado solamente los enefermos, ya que en nuestro medio el médico nunca obtiene ventajas personales, como no sea la íntima satisfacción del deber cumplido. Quédale al distinguido fundador y director de la Clínica esta satisfacción, la gratitud de los enfermos y de sus familiares, el placer de haber visto realizadas las mejoras deseadas, el triunfo de una iniciativa particular (cosa excepcional entre nosotros) y, finalmente, el entusiasmo y la energía de siempre para continuar la obra. Mencionaremos también la colaboración del Dr. Guido Torres Martínez, en la sección de electroterapia, en la cual se ejercieron trabajos importantes, de los que se publicó un artículo hace algunos meses; del Dr. Juan Peón del Valle en la Dirección del Sanatorio durante los meses

Propiedad de la
Academia N. de Medicina
de México



De izquierda a derecha, sentados: Dr. Guido Torres Mastinez, encargado del Gabinete de Fisioterapia; Dr. Samuel Ramírez Moreno, Director-propietario del Sanatorio; Dr. Juan Peón del Valle, Médico Tratante; Dr. Luis Sánchez Bulnes, encargado de la Sección de Oftalmología De pié en el mismo órden: Sr. Enrique Calvo, practicante; Dr Alberto Lezama, encargado del Laboratorio; Sr. Carlos Navarro Origal, encargado de la administración de esta revista; Dr. Raúl Dávila G , Cirujano Dentistr; Sr. Francisco José Molina, practicante interno.

de agosto a diciembre; del Dr. Alberto Lezama, en el Laboratorio, y del Dr. Raúl Dávila en la sección de estomatología. Ahora que ha regresado de Europa el Dr. Ramírez Moreno, con un rico caudal de aportaciones, se afirma el porvenir de esta Clínica que ha vivido gracias al esfuerzo tenaz y al amor por la Psiquiatría.

El movimiento de enfermos ha sido el siguiente:

1 9 3 1

Diciembre	Ingresos: 12	Salidas: 2	Máximo de enfermos: 12

SANYN

BI-YO-GLICOL

INFANTIL
REG. Nº 15385. D.S.P.

Sanyn

ADULTOS
REG. Nº 14926 D. S. P.-

INDOLORO.

SIFILIS
EN TODOS SUS PERIODOS
BISMUTO en FORMA
ANIONICA
ELECTRONEGATIVA

MUESTRAS Y LITERATURAS:
SANYN, APARTADO 2612 - 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

▼

Inyecciónes 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 (8e)

1932

Enero	Ingresos:	3	Salidas:	1	Máximo	de	enfermos:	12
Febrero	„	3	„	2	„	„	„	14
Marzo	„	5	„	2	„	„	„	17
Abril	„	7	„	3	„	„	„	22
Mayo	„	4	„	3	„	„	„	23
Junio	„	6	„	5	„	„	„	26
Julio	„	5	„	4	„	„	„	26
Agosto	„	6	„	7	„	„	„	28
Septiembre	„	7	„	8	„	„	„	28
Octubre	„	11	„	7	„	„	„	31
Noviembre	„	9	„	8	„	„	„	31
Diciembre	„	0	„	5	„	„	„	23

1933

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

1934

Enero	Ingresos:	9	Salidas:	7	Máximo	de	enfermos:	20
Febrero	„	9	„	4	„	„	„	31
Marzo	„	2	„	6	„	„	„	29
Abril	„	2	„	7	„	„	„	25
Mayo	„	10	„	8	„	„	„	33
Junio	„	9	„	10	„	„	„	29
Julio	„	9	„	4	„	„	„	28
Agosto	„	8	„	10	„	„	„	32
Septiembre	„	5	„	4	„	„	„	27
Octubre	„	6	„	4	„	„	„	29
Noviembre	„	7	„	9	„	„	„	32
Diciembre	„	10	„	8	„	„	„	35

1935

Enero	Ingresos:	8	Salidas:	12	Máximo de enfermos:			35
Febrero	»	9	»	6	»	»	»	32
Marzo	»	7	»	8	»	»	»	33
Abril	»	7	»	6	»	»	»	32
Mayo	»	8	»	5	»	»	»	34
Junio	»	3	»	8	»	»	»	32
Julio	»	8	»	8	»	»	»	33
Agosto	»	9	»	5	»	»	»	34
Septiembre	»	6	»	4	»	»	»	35
Octubre	»	7	»	12	»	»	»	38
Noviembre	»	3	»	1	»	»	»	30

LABORATORIO MEDICO

DEL

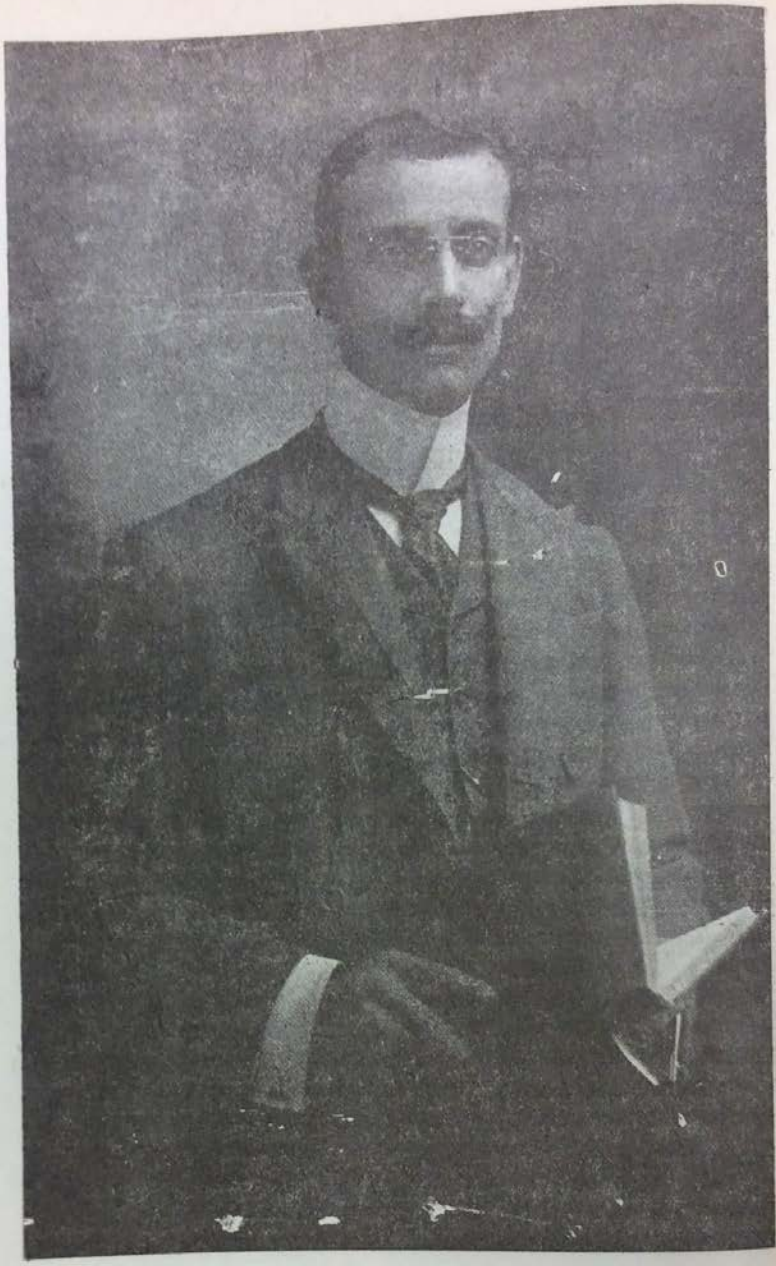
Dr. Luis Gutiérrez Villegas

DEDICACION EXCLUSIVA A
EXAMENES DE LABORATORIO.

Plaza de la República
Número 52.

Telf. { 3-41-31.
L 76-56

Personal técnico y Administrativo de la Clínica del Dr, Samuel Ramírez Moreno.



El Dr. Juan Peon del Valle (Padre)

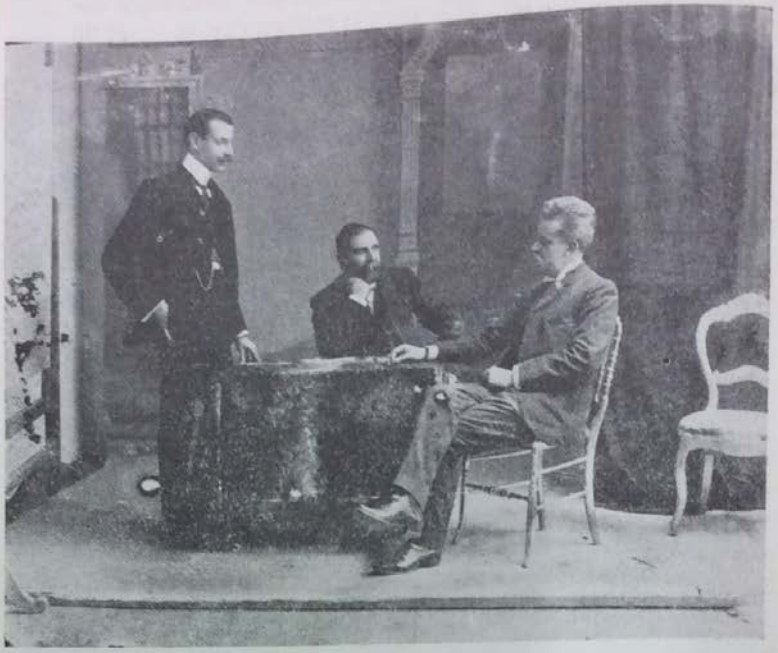
Alienistas y Frenocomios de Hispanoamérica.

EL DR. JUAN PEON DEL VALLE (padre).

Por el Dr. _____
Samuel RAMIREZ MORENO.

Es la figura del Dr. Juan Peón del Valle (padre), la que más se destaca entre los precursores de la Psiquiatría Mexicana. Su memoria se guarda entre nosotros como la del insigne José Sanchis Banús entre la actual generación psiquiátrica española: con veneración, con respeto y con cariño. Dos personalidades son éstas, que a pesar de surgir en países distantes, sin embargo, tuvieron tantos puntos de contacto y analogía: ambos fueron casi contemporáneos; dotados de brillante y clara inteligencia, dedicados con todo amor y entusiasmo al estudio de las enfermedades mentales, —cuando estas disciplinas estaban abandonadas en México y en España—, trabajadores infatigables que se adelantaron a su época previendo lo que en el transcurso de los años había de realizarse, en el tratamiento, atenciones y estudio de los insanos; figuras distinguidas que cautivaban por su presencia, por sus modales, por su lenguaje, pues caballeros a la par que hombres de ciencia, formaban en su persona al hombre cabal y al sabio auténtico. Ambos tuvieron un fin inesperado y casi trágico cuando estaban en plena actividad médica, formando a su alrededor sabias enseñanzas y nuevas doctrinas entre los grupos de discípulos que esperaban aún mucho de sus maestros y al desaparecer éstos, los sitios que dejaron no han sido cubiertos.

Antes de nosotros, dos médicos ilustres, han hecho la biografía del Dr. Juan Peón del Valle, el Dr. Francisco Castillo Ná-



El Dr. Juan Peón del Valle acompañado de los ilustres maestros Guillermo Parra y Fernando Zárraga.

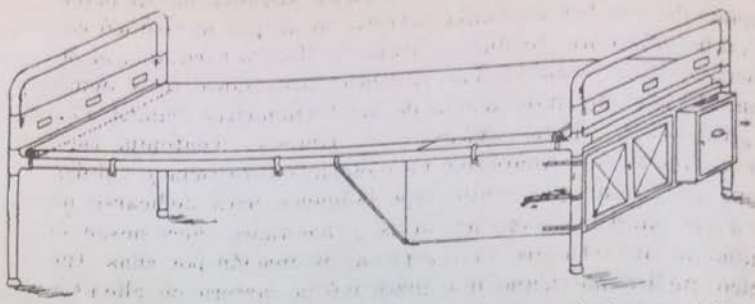
jera que con motivo de su muerte hizo el elogio fúnebre y el Dr. Enrique O. Aragón, al ocupar el sillón que Peón del Valle dejó en la Academia de Medicina de México, por lo que sólo indicaremos sucintamente los datos más interesantes de la vida de este gran mexicano.

Fue hijo de Dña. Leonor del Valle, oriunda de Oaxaca y del Dr. José Peón Contreras, Médico alienista también e inspirado poeta, de cuya biografía nos hemos ocupado con anterioridad. Nació en la ciudad de México el 26 de octubre de 1874 y desde los primeros años se le educó dentro de las ideas liberales; hizo la instrucción primaria en la escuela de D. Emilio Baz y el bachillerato en la Nacional Preparatoria, donde llegó a ser preparador de la Cátedra de Química.

Posteriormente ingresó a la Facultad Nacional de Medicina y después de una brillantísima carrera en la que se destacó como alumno eminente, recibió el título de Médico Cirujano, el 30 de abril de 1898, para lo cual presentó interesante tesis denominada "Cinco Capítulos acerca de las Polineuritis Primitivas". Fue profesor, en épocas distintas, de Higiene, Anatomía Descriptiva, Histología, Anatomía Patológica, Obstetricia y Clínica Interna, pero abandonó estas especialidades para dedicarse de lleno a las enfermedades nerviosas y mentales, pues desde el principio de sus estudios, tuvo especial inclinación por ellas; fue el único médico mexicano que instituyó la carrera de alienista para post-graduados y logró que se reconociera oficialmente en la Facultad de Medicina.

Algunas de las principales actividades médicas que tuvo, fueron: Miembro de la Sociedad Cooperativa de Estudios Médicos. Secretario de la Sociedad Médica "Pedro Escobedo", Posnente en la Sección de Medicina Interna de la misma y Miembro de la Comisión de Estilo de la Academia Nacional de Medicina, donde ocupó la silla de Psicología y Enfermedades Nerviosas. Ya dedicado exclusivamente a la Psiquiatría y a la Neurología, fue especialista del Consultorio General de la Beneficencia Pública, Catedrático de Medicina Legal, Director del Hospital de Mujeres Dementes, Miembro del Consejo Consultivo para la construcción del Gran Manicomio General de México, asistente diplomado en las clínicas neurológicas de París (Clínica Charcot, Prof. Lhermitte y Dr. Fouchard), Socio Titular de la Academia Nacional de Medicina y Delegado al IV Congreso Médico Latinoamericano, celebrado en Río Janeiro, Brasil, en 1909.

Sus principales trabajos publicados en Europa y América, son: "El Nitrógeno en Química Biológica", "Las Ultimas Teorías Biológicas", "Aplicación de los Bromuros en el Tratamiento de la Epilepsia", "Estudio Microscópico de la Sangre Tratada por los Reactivos Colorantes", "La Responsabilidad Jurídica y el Libre Albedrío", "Acción del Alcoholismo Crónico sobre las Facultades Mentales", "La Epilepsia en México", "Tuberculosis y Demencia Precoz" (citado por Regis en su "Precis de Psychiatrie"), "La Punción Raquídea y sus Aplicaciones en el Tratamiento de las Enfermedades Nerviosas", "Clasificación Prác-



Diseño de la cama ideada por el Dr. Juan Peón del Valle [padre], para el Manicomio General de México

tica de los Casos de Afasia", "Capacidad Civil de los Afásicos", "Reflexiones Sugeridas por la Constitución Química de la Célula", "Utilidad del Examen Microscópico del Pus en la Balanopostitis Chancrosa, para su Tratamiento", "La Tuberculosis Pulmonar y su Tratamiento", "¿Qué debe entenderse por Psicosis Puerperales?" "Iscuria Histérica", "Bases Racionales en que debe apoyarse el Tratamiento de la Epilepsia", "Importancia de los Sentimientos en la Genesiología del Delirio de Persecución", "Estudio Comparativo de los Vasos Linfáticos y del Tejido Conjuntivo", "La Introspección Involuntaria. Contribución al Estudio de las Ilusiones de lo ya Vivido".

Peón del Valle dejaba margen, en su amplia cultura, para dedicarse a las letras, lo que ya le venía de abolengo, pero además era experto conocedor en pintura y música, magnífico prosista y elegante orador.

Su corta pero fructífera vida fue rodeada de grandes afectos: de sus enfermos, de sus familiares, de sus maestros, amigos, compañeros y discípulos, por su carácter bondadoso, fino humorismo y discreción. A los 35 años de edad y de regreso a la Patria de Europa, en el vapor donde hacía el viaje, fue atacado de apendicitis aguda, pero por no ser atendido debida y oportunamente, sucumbió en su ciudad natal, el 10 de diciembre de 1909 y hasta en sus últimos momentos reveló gran entereza y firme carácter.

Profesor Gregorio Marañón y Posadillo
Académico de las Academias Nacionales de Medicina y de Historia.
Presidente del X Congreso Internacional de Historia de la Medicina

Profesor L. GIORDANO
Presidente de la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina

Excmo. Sr. Dr. NICASIO MARISCAL Y GARCIA
Secretario perpetuo de la Academia Nacional de Medicina
Vicepresidente del X Congreso Internacional de Historia de la Medicina

Profesor LAIGNEL-LAVASTINE
Secretario de la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina

Doctor F. JAVIER COSTEJO
Tesorero del Congreso y Consejero de Honor y Provisión
Oficial Mayor de la Academia Nacional de Medicina

NOTAS SINTETICAS

Por el Dr. J. Peón del Valle.

INICIATIVA DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE EUGENESIA

1º—No debe considerarse como prostituta a ninguna mujer, y menos mencionarla con ese calificativo, oficialmente, en virtud de un oficio que se le reconoce como lícito.

2º—A ninguna mujer debe permitírsele o consentírsele en público el ejercicio sexual como una manera comercial de vivir.

3º—Nadie podrá vivir de la explotación de la mujer para el fin de la prostitución y menos que aparezca un Gobierno Revolucionario recibiendo contribuciones por el concepto prostitución.

Lo anterior es síntesis del trabajo que se presentó y fue contestado por la Secretaría de Relaciones Exteriores, por los Gobiernos de los Estados de Coahuila y Zacatecas, por la Secretaría de la Economía Nacional, por la Secretaría de Educación Pública y por los Departamentos Central y de Salubridad Pública, en julio de 1935. El criterio, en general, es acorde.

ALIMENTACION EXTRABUCAL EN LOS ENFERMOS MENTALES

En el Hospital Psiquiátrico de la Provincia de Novara, según lo publicado en la Revista Italiana di Terapia y en la Gazzeta Sanitaria de Milán, está usando el Director Dr. L. Cabitto, la cantidad de 20 a 50 gr. diarios de aceite de oliva esterilizado una hora en baño-maría a 100 grados C., en inyecciones, sin más inconveniente que albuminuria ligera (mayo 1934).

INTERESANTE OBRA

"Case Studies in the Psychopathology of Crime". Por Ben Karpman, M. D., dedicada al eminente Dr. William A. White, editada por The Mental Science Publishing Co., de New York, Washington y Chicago, EE. UU., 1935. Ejemplares numerados, con venta restringida para los médicos, legistas, científicos y otras profesiones, con interés directo y definido en los problemas médicos y sociales. Dos volúmenes, que recibimos por conducto de la Embajada de México en Washington.

Esta obra maestra comprende, en el estudio de cada caso, lo siguiente: Expediente oficial, estudio del caso propiamente dicho, anamnesis y observaciones, cartas de los pacientes, evolución, diagnóstico, discusión, interpretación y epítome. Los casos estudiados, son: Oscar Fliegelmann, Wilbur O'Lone, Ellis Walker, Albert Thornley, Harry Baumann.

El autor los llama "nuestros doblemente desgraciados amigos, los enajenados criminales". Fuente de referencias para la investigación en materia criminal, esta obra merece figurar en las bibliotecas de Higiene Mental y de Prevención Social. El Dr. Karpman, psicoterapeuta del Hospital Santa Isabel, de Washington, y profesor de psiquiatría en la Escuela de Medicina de la Universidad Howard, posee un amplio criterio y sus libros no son simples recopilaciones, sino verdaderas aportaciones de psicopatología.

AFASIA Y LOBULO PARIETAL

El Prof. Dr. A. Austregesilo ("Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria, Ano XVIII, Nº 3, mayo y junio de 1935, Río de Janeiro, Brasil), recuerda los estudios clásicos de Broca, Wernicke, Dejerine y P. Marie, sobre la cuestión de la afasia. Considera que la zona del lenguaje interior se halla en el lóbulo parietal, en la circunvolución supramarginal y el pliegue curvo, que los pies de la primera y segunda temporales son centros corticales receptivos sensoriales de la palabra hablada y que las circunvoluciones occipitales próximas o ligadas al pliegue curvo, son centros receptores sensoriales de la visión para la pala-

bra escrita o para la percepción visual de los objetos en relación a la simbolización o la ideación de las palabras que despiertan. Resumiendo las investigaciones contemporáneas sobre la citoarquitectura del lóbulo parietal del hombre y la anatomía comparada del cerebro, Austregesilo padre, sostiene el papel predominante de la región parietal en la función del lenguaje interior, como centro intelectual de la palabra. Considera la afasia como apraxia agnóstica del lenguaje.

Independientemente del nuevo concepto del autor acerca del papel preponderante de la zona parietal izquierda, y por otras consideraciones de su trabajo, se confirma la utilidad práctica en clínica de la clasificación que de los casos de afasia hizo el Dr. Peón del Valle padre, en 1909, ante el IV Congreso Médico Latinoamericano verificado en Río de Janeiro; esa comunicación fue aprobada, junto a la ponencia de México, del mismo autor ("Capacidad Civil de los Afásicos"), y concluía así:

1º—Para hacer una clasificación práctica, **no de las afasias, sino de los casos de afasia**, no deben tomarse en cuenta como base los detalles de psicología normal atribuídos al lenguaje, ni los pretendidos centros anatómicos que se les suponen, sino los territorios vasculares que son la fuente de las lesiones.

2º—Las perturbaciones del lenguaje que de este modo se pueden distinguir, son cuatro: dos pseudo-afasias y dos variedades de afasia verdadera.

Las seudoafasias son: una pseudo-afasia motora, probablemente debida a lesión de las arterias lentículo-ópticas, y otra visual por lesión de las ramas de la cerebral posterior. Las dos formas de afasia, son: una temporo-parietal por lesión de la silviana, y otra central por lesión de las lentículo-estriadas.

O de otro modo (sin que esto sea quitarle la gloria a Brasil para dársela a México), ya desde 1909, el Dr. Peón del Valle concebía la preponderancia parietal sobre la frontal, despreciando el viejo concepto francés, y, en la memoria citada, terminaba:

I).—La afasia puede ser causa de incapacidad civil, sin que todos los afásicos estén incapacitados civilmente ni los que lo estén presenten el mismo grado de incapacidad.

II).—Dos factores intervienen para fijar el grado de in-

capacidad civil del afásico: la dificultad o imposibilidad de expresar los pensamientos de un modo inequívoco y la perturbación del lenguaje interior.

III).—Teniendo en cuenta estos factores, se puede dividir a los afásicos en cuatro grupos distintos, a los cuales corresponden cuatro localizaciones distintas de la lesión anatómica y que presentan cuatro grados de incapacidad civil.

1er. grupo: La afasia motora pura o subcortical o anartria de Pierre Marie, que es debida a una lesión de la arteria lenticulo-óptica, que permite asimilar al afásico al sordo-mudo, sin que, en rigor, los dos casos sean idénticos.

2º grupo: La alexia pura, debida a lesión de la arteria cerebral posterior y que hace al afásico, para los efectos de la capacidad y de la validez de sus actos civiles, comparable al ciego.

3er. grupo: La afasia **temporo-parietal**, debida a lesión de la arteria silviana y que, perturbando más o menos seriamente el campo de la **inteligencia** por alteración del **lenguaje interior**, limitará también más o menos estrechamente la capacidad civil del enfermo.

4º grupo: La afasia mixta, producida por lesión de la arteria lentículo-estriada y que, alterando de un modo profundo la función del lenguaje interior, produce, generalmente, la incapacidad civil absoluta del enfermo.

IV).—Debe procurarse que se precisen y fijen las reglas legales que deban seguirse para la validez de los actos civiles de los afásicos, para fijar su incapacidad y, principalmente, para proteger sus derechos sociales, que no pueden defender por sí mismos.

¿DEBEN LOS ENFERMOS MENTALES ASEXUALIZARSE?

Como un capítulo a la higiene de la raza, presenta, con el título arriba anotado, un interesante trabajo el Dr. Alfonso Manuel Castañeda en la revista de Guadalajara "Medicina y Cirugía de Occidente", Nº XXV, tomo III, octubre de 1935. Su extensión nos impide ni siquiera extractarlo y, también, por temor a desvirtuar tan bello y erudito artículo. Expone, al final:

1º—Es de urgente necesidad una política racial.

2º—Las taras psíquicas no se heredan fatalmente, existiendo sólo modalidades de heredabilidad en ellas, necesitándose el estudio casuístico de psicopatías.

3º—La limitación artificial de la proporción de la natalidad de las clases inferiores para equilibrar la desproporción creciente con la de las clases acomodadas, no debe existir.

4º—La esterilización como medida terapéutica está justificada cuando la condición patológica de los órganos de la generación es tal, que resulta imposible recuperar la salud, si no es por su amputación; y estaría en ciertos casos de enajenación mental y perversión sexual, cuando, fracasados todos los medios terapéuticos conocidos, apareciese como único medio susceptible de modificar y enmendar eventualmente peligrosas tendencias sexuales.

5º—El inmoderado crecimiento del número de anormales, criminales y degenerados pudiera constituír a la larga una intolerable carga y hasta un peligro para el Estado; pero no está demostrado que todo anormal esté dotado de una inquietante fecundidad.

6º—Los individuos realmente indeseables y de los que fundamentalmente se puede creer que su descendencia será nociva para la sociedad, en ninguna manera es necesaria una mutilación, que, en la mayoría de los casos, no les libraría de la separación, que es la verdadera solución del problema, la más humana, la más justa y la que mejor vela por los intereses de la sociedad y del individuo.

7º—La moderna eugenesia no puede apoyarse exclusivamente en el estudio de la herencia; la necesidad de un estímulo en la procreación de los selectos, se impone.

8º—La verdadera higiene de la raza reside en la moralización del ambiente y el fomento de la institución familiar.

OXI-ENCEFALO-GRAFIA POR VIA LUMBAR

El distinguido Jefe de Servicio Neuro-Psiquiátrico de Caracas, Venezuela, doctor L. Mir, nos hizo el honor de enviar un folleto que escribió en homenaje al Profesor E. Mira, de

Barcelona, reproducción de su interesante trabajo publicado en la "Revista de la Policlínica Caracas", recientemente. Agradecemos al eminente neurólogo cubano su amable envío y su afectuosa dedicatoria, y por ser su trabajo ya ampliamente conocido, nos concretamos a señalar que el aparato del que es autor constituye lo más cómodo para las encefalografías por la vía y en los casos indicados en el mencionado artículo.

QUEDAMOS AGRADECIDOS

Por la publicación de un trabajo nuestro en el "Boletín Médico de Chile", lo que mucho nos honra, pero mucho más agradecidos habríamos quedado si se hubiera citado la publicación de donde fue tomado.

SOCORRO A LOS INTELECTUALES

En todos los países se presenta a veces el caso de que hombres de ciencia, de valer, tengan que huír por persecuciones políticas. Los trabajadores intelectuales quedan así en peores condiciones para ganarse la vida que los trabajadores manuales, precisamente por la índole del trabajo, que requiere a veces años para dar sus frutos. Por eso es digna de elogio la determinación del Gran Ducado de Luxemburgo, que ha lanzado una emisión especial de timbres de correo con la efigie de un profesor, un pintor, un periodista, un ingeniero, un químico, un abogado y un médico; estas estampillas se distribuirán en el mundo, proclamando la grandeza de alma de un pequeño país que trata de socorrer a los que la Humanidad debe tanto progreso. Todos los países civilizados deberían hacer emisiones de sellos, cuyo importe estaría destinado a tan noble fin.

EL PROBLEMA DEL PADRE

Con la firma de J. E. B., leemos un sincero artículo titulado "Abajo el problema del Niño.—El problema del Padre". Como muy bien dice el autor, para mejorar los medios de vida del pueblo, por ende de los niños también y digo yo de los obreros,

BISMUTHOIDOL ROBIN

REG. D. S. P. 10431

TERAPEUTICA RACIONAL DE LA NEUROLUES.

Es Bismuto Coloidal en Solución ACUOSA. (completamente indoloro)
NO SE ACUMULA en el organismo, no provoca choque hemoclásico,
Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia Médica.

ARSEBENYL

NUM. 11056 D. S. P.

Es el Dioxidiamidoarsenobenzometileno sulfoxilato de sodio.

Está elaborado con sumo cuidado en los laboratorios de la Unión Chimique Belge en Bruselas, —Cada fabricación está sometida a controles químicos y ficiológicos del Estado.- El Arsebenyl ha hecho sus pruebas aquí en México de ser tan bueno como cualquier producto similar y ES MUCHO MAS BARATO

Agente: MAX ABBAT. Calle de Lucerna Número 47.

MEXICO. D. F.

EL PERHEPAR RICHTER

es un extracto de hígado de alta concentración, tratado con jugo gástrico

Asocia la fracción antianémica G. de Cohn, existente en el hígado, y el principio antianémico de Castle, del jugo gástrico.

Su acción estimulante de la hematopoyesis, es varias veces mayor que los extractos simples de hígado.

Representantes:
DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS RICHTER, S. A.
Humboldt núm. 42. 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