

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL



Propiedad de la
SUMARIO: **Academia N. de Medicina
de México**

DEDICATORIA.

UNA VISITA AL SANATORIO MENNIN-
GER. *Por el Dr. Samuel Ramírez Moreno.*

PRONOSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA.
Por el Dr. William C. Menninger M. D.

EL USO Y EL ABUSO DE LOS SEDANTES
NO NARCOTICOS. *Por el Dr. Ralph M.
Fellows. M. D. F. A. C. P.*

ENCEFALITIS HEMORRAGICA AGUDA
(ENCEFALORRAGIA CAPILAR) CON-
SECUTIVA A LA ADMINISTRACION
DE ARSFENAMINA. *Por los Drs. G. S.
Waraich M. D. y Leo Stone M. y M. M.
Kessler M. D.*

REVISTA CLINICA. *Por el Dr. Carlos Pa-
vón A.*

NOTAS SINTETICAS. *Por el Dr. Juan Peón
del Valle.*

JULIO DE 1936

MEXICO, D. F.

VOL. III

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 14



Pasuma Merck

nuevo tónico del sistema neuro-genital

indicado como auxiliar en ciertos casos de
Impotencia funcional — Neurastenia sexual.
Debilidad después de excesos sexuales,
espermatorrea — Estados de depresión.
Agotamiento psíquico y físico de origen neu-
rasténico sexual.

Pasuma en TABLETAS: Frascos con 50

Pasuma en AMPOLLAS: Cajas con 10

Reg. No. 15004 y 15005, D. S. P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.
MERCK - MEXICO, S. A. Apartado 8619 MEXICO, D. F.

Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal

Director:

DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

Editor y Jefe de Redacción:

DR. JUAN PEON DEL VALLE

PUBLICACION BIMESTRAL

VOLUMEN III NUMERO 14 1o. DE JULIO 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.

PSICOPEDAGOGIA: Dr. Lauro Ortega.

CRIMINOLOGIA: Dr. José Gómez Robleda.

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

HIGIENE MENTAL: Dr. Fernando Rosales.

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 Albetro Lezama.

Colaboradores Representantes en la República

DISTRITO FEDERAL: Dres. José León Martínez, Arturo Baledón Gil, Antonio Tena Ruiz y Miguel Lavalle.
AGUASCALIENTES: Dr. Salvador Martínez Morones.
BAJA CALIFORNIA: Dr. Raúl López Engellking.
COAHUILA: Dr. M. Elizondo C.
CHIHUAHUA: Dr. Carlos González Fernández.
DURANGO: Dr. José 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. Roberto Salgado.
NAYARIT: (Penal Islas Mariás). Dr. Francisco Elizarrarás.
NUEVO LEON: Dr. Manuel Camelo.
OAXACA: Dr. Fernando Bustillos.
PUEBLA: Dres. Ignacio Rivero Caso y Gustavo Domínguez V.
QUERETARO: Dr. Salvador López Herrera.
SAN LUIS POTOSI: Dres. Antonio de la Maza y T. Agundis.
TAMAULIPAS: Dr. Adalberto F. Argüelles.
TLAXCALA: Dr. Demóstenes Bailón.
VERACRUZ: Dr. Fernando Emparan.
YUCATAN: Dr. Eduardo Urjaiz.
ZACATECAS: Dr. Arnulfo Rodríguez.

Colaboradores Extranjeros

PERU: Dr. Honorio Delgado y Dr. Baltasar Caravedo.
ESPAÑA: Dr. Antonio Torres López.
ARGENTINA: Dr. Helvio Fernández.
VENEZUELA: Dr. León Mir y Dr. J. N. Palis.

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.

Dedicatoria

Invitado por mi amigo el ilustre psiquiatra Dr. Ralph N. Fellows al curso de neuro-psiquiatría para post-graduados que el "Sanatorio Menninger" organiza cada año, permanecí una semana en esa institución, donde conviví con los neur-psiquiatras que en ella prestan sus servicios y recibí la gentil hospitalidad de estos médicos norteamericanos, quienes no solamente me trataron con las gentilezas que a un huésped pueden darse, sino que abrieron las puertas de ese hospital para mostrarme sus métodos, su forma de trabajo, la organización que tienen y la labor psiquiátrica y neurológica que desarrollan. No tuvieron secretos para mí, y me hicieron partícipe de su vida en el frenocomio.

En correspondencia a estas atenciones, la "Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal" dedica el presente número al personal médico de la Clínica Menninger y se complace en publicar tres artículos originales, especialmente escritos para ella, por algunos de los colegas de esa institución a quienes desde estas páginas les enviamos cordiales saludos.

DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO.



Dr. C. F. Menninger,
Director y Fundador del Sanatorio.

Una Visita al Sanatorio M e n n i n g e r

SU ORIGEN

Admiraba la destreza con que manejaba su automóvil el Dr. C. F. Menninger, a pesar de sus setenta y tres años de edad, cuando salíamos de Topeka rumbo al Sanatorio. De carácter jovial, y de trato simpático,



Drs. William C. Menninger, C. F. Menninger y Karl A. Menninger.

hombre vigoroso y fuerte, este Dr. Menninger, fundador del Sanatorio y jefe de la familia Menninger, me iba relatando los orígenes de su Instituto: "Hace 50 años, cuando Topeka era un pueblecillo muy pequeño (Topeka significa entre los indígenas fundadores de esa región *pequeña patata*) me vine a radicar aquí porque fui nombrado profesor del único colegio que existía".

"Había comenzado mis estudios de medicina, pero no los había terminado, por lo cual, algunos años después, fui a Chicago a concluirlos. Ya una vez recibido de médico regresé nuevamente para seguir como profesor y al mismo tiempo ejercer la medicina. Durante largos años, trabajé con toda actividad y entusiasmo; trataba de resolver todos los problemas de medicina práctica que se me presentaban, pero siempre mi ideal era establecer un sanatorio donde poder dedicarme al estudio de mis enfermos y a la investigación científica. Dos de mis hijos, Karl y William, tuvieron la vocación de ser médicos y ya una vez que se recibieron, nos propusimos realizar el ensueño de tantos años. Juntos hemos podido establecer esta clínica que ahora absorbe todas nuestras actividades".

Llegamos al Sanatorio y al bajar del automóvil pensaba yo: ¡Cuántos sacrificios, cuántos esfuerzos, cuánta constancia había realizado este hombre agradable y enérgico, para poder obtener lo que durante muchos años fué su mayor preocupación!



Calzada para llegar al Sanatorio.



Un detalle del interior del Sanatorio.



Vista del Sanatorio Menninger.

EL SANATORIO

Los tres Menninger constituyen el sostén de esta institución que puede tomarse de modelo, como clínica particular para enfermos neuro-psíquicos en los Estados Unidos de Norte América por su seriedad y por la labor científica que ahí se desarrolla. Ubicada en el Estado de Kansas, que es uno de los más agrícolas de la Unión Americana y a unos kilómetros de la ciudad de Topeka, tiene el atractivo de encontrarse en pleno campo sobre un terreno de colinas, que le dan hermosas perspectivas y en cercanía de casas campestres que mantienen bello conjunto con el paisaje, y quien lo invade, no sospecha que estos edificios que parecen granjas ricas sean de sanatorio y mucho menos, para enajenados.

La Clínica, cuando se fundó en 1925, constaba de un pabellón y tenía el día en que se inauguró, siete enfermos únicamente. En 1927 se construyó otro edificio que con el anterior, forman actualmente la parte principal del Sanatorio. El primero es para los casos agudos y el segundo pa-

ra convalecientes y neuróticos. Cuenta asimismo la institución con una escuela para niños anormales (The Southard School) un edificio de servicios generales, oficinas médicas, administrativas, la casa habitación de las enfermeras y varios pequeños pabellones que se emplean para talleres y centros de reunión de los enfermos.

LA "SOUTHARD SCHOOL"

Esta escuela, que alberga un pequeño número de niños psicópatas, tiene por objeto hacer minuciosos estudios en ellos e instituirles tratamientos adecuados. Está organizada de acuerdo con el sistema de Escuela Ho-



Vista de la "Southard School".

gar donde no sólo se les impone la instrucción y tratamiento médico, sino la educación que necesiten. Viven en íntimo contacto con sus profesores y con los médicos y disfrutan de todos los medios de esparcimiento.

SU ORGANIZACION

El Sanatorio Menninger tiene en la actualidad cincuenta enfermos, de los cuales la mayoría son mentales, y el resto nerviosos. Para atenderlos hay un personal formado por trece médicos, veintiocho enfermeras y además numerosos empleados, profesores de deportes y de industrias. Los enfermos son atendidos con el mayor esmero y los estudios a que se les someten son en extremo minuciosos; los métodos de tratamiento empleados incluyen la psicoterapia, muy especialmente el psicoanálisis, la terapéutica recreativa, la laborterapia, etc. El Sanatorio no tiene el aspecto de hospital y mucho menos de frenocomio, sino que es una casa de campo en la que los enfermos no sienten la impresión de estar reclusos y se les permiten todas las libertades compatibles con su estado mental.

La división del trabajo entre el personal es admirable, pues tanto los médicos como los profesores y empleados, tienen marcadas atribuciones y actividades, de tal modo, que la forma en que actúan es verdaderamente armónica y metódica.



Asistentes al curso de Neuro Psiquiatría para post graduados de 1936.

LOS CURSOS

En el presente año, se dió el segundo curso de Neuro-psiquiatría para post-graduados. Estos cursos, iniciados por la institución el año pasado, han sido verdaderamente brillantes, pues desarrollan programas de los tópicos más interesantes de actualidad neuro-psiquiátrica para presentarlos a los médicos generales, quienes recogen de ellos enseñanzas prácticas y útiles que les facilitan resolver problemas de esta índole en trabajo profesional, y las conferencias, que son todas de enorme interés, son dictadas por especialistas distinguidos invitados para este objeto.

En el curso último se presentaron trabajos como los siguientes: "El diagnóstico y el tratamiento de los tumores cerebrales", "Las epilepsias", "El síndrome paranoide", "Sintomatología de las contusiones cerebrales", "La psicoterapia en la práctica general", "Problemas psiquiátricos en los niños", "Diagnóstico diferencial entre neurosis y psicosis", y otros más sugestivos y útiles.

LOS MEDICOS

El personal médico está constituido en la actualidad por trece doctores que desarrollan distintas actuaciones y que están entregados de lleno a la atención de los enfermos; ellos son:

C. F. Menninger M. D. Presidente de la Corporación y Director de la Escuela.

Karl A. Menninger M. D. Jefe del servicio.

William C. Menninger M. D. Director Médico del Hospital.

Palph N. Fellows M. D. Psiquiatra.

Leo Stone M. D. Jefe del Departamento de diagnóstico neurológico y Psiquiátrico.

Robert P. Knight M. D. Psicoanalista y Jefe del Departamento de Psicoterapia.

Nathan W. Ackerman M. D. Asistente del Dr. C. F. Menninger en la Escuela para niños.

Norman Reider M. D. Psiquiatra.

G. S. Waraich M. D. Laboratorista y Patólogo.

Chas W. Teed M. D. Psiquiatra y Neurólogo.

H. M. Roback M. D. Neuropatólogo.

Y. B. F. Shifflet M. D. Interno del Hospital.

EL PORVENIR DEL SANATORIO

Esta progresista institución encabezada por sus fundadores y el resto de los entusiastas médicos que los acompañan, lleva la mitad de su misión, pues día a día ensancha sus estudios, sus investigaciones en el beneficio de sus enfermos y tiene en perspectiva la construcción de nuevos pabellones que muy pronto ocuparán este sitio de abnegación y esfuerzo, lo que vendrá a demostrar cómo cristalizaron las ilusiones, los ideales y los esfuerzos de los Dres. Menninger que están cumpliendo así, utilmente, su misión en la vida.

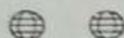
Dr. Samuel Ramírez MORENO.

LABORATORIO MEDICO

DEL

Dr. Luis Gutiérrez Villegas

DEDICACION EXCLUSIVA A
EXAMENES DE LABORATORIO



Plaza de la República
Número 52.

Tels. (3-41-31
L-76-56



Personal médico del Sanatorio Menninger:

Sentados de izquierda a derecha: R. M. Fellows, Karl A. Menninger, Samuel Ramirez Moreno, C. F. Menninger, W. C. Menninger, Leo Stone, R. P. Knight. De pie y de izquierda a derecha: Nathan Ackerman, B. L. Sifflet, G. S. Waraich, Carroll C. Carlson, H. N. Roback, Chas W. Tidd y Norman Reider.

Pronóstico de la Esquizofrenia ⁽¹⁾

Por WILLIAM C. MENNINGER, M. D.

La actitud adoptada desde hace tiempo de que la esquizofrenia tiene un pronóstico grave, está siendo substituída gradualmente por un concepto más optimista. En la descripción original que Kraepelin hizo de la demencia precoz, el pronóstico era descrito como muy grave, y esto ha influenciado a la psiquiatría a tal grado que en algunas instituciones, aún en la actualidad, el diagnóstico en un caso particular es cambiado si el paciente sana. Con el concepto más moderno que se tiene de la esquizofrenia, como un proceso dinámico variable, y un entendimiento más adecuado de los estados mentales que operan en la enfermedad, los informes acerca del resultado de esta última, indican un aumento en el número de enfermos que han sanado.

En una polémica sobre el pronóstico de la esquizofrenia, es muy posible que el investigador sea influenciado por la estadística global de nuestras grandes instituciones mentales, que indican un por ciento de mejorías muy pequeño. Debemos reconocer, sin embargo, que estos casos reciben principalmente una atención de custodia, y solamente en unos cuantos hospitales se da al paciente algún tratamiento específico para ayudarlo a hacer frente a sus conflictos inconscientes. En consecuencia, la estadística basada sobre la observación hecha en los individuos que tienen esta enfermedad e internados en dichas instituciones, debe necesariamente carecer de valor, excepto como un cálculo de la frecuencia de las mejorías espontáneas, quizá solamente con el beneficio terapéutico de haber sido aislados los enfermos de sus amistades y parientes y de la separación del medio ambiente anterior.

(1) Este y los dos artículos siguientes fueron traducidos directamente del inglés (N. de la R.)

Por otra parte, la esquizofrenia científicamente tratada, no solamente aísla al paciente y reduce la tensión del medio ambiente, sino también proporciona la oportunidad para hacer frente a las necesidades emocionales inconscientes expresadas por el enfermo como síntomas. En cada caso, esto requiere la combinación de régimen hospitalario con el recreo y la ocupación, la fisioterapia y la psicoterapia. Al discutir el pronóstico de un grupo tan grande, se ve uno forzado a admitir que no puede ser expresado de manera adecuada para el grupo en su totalidad. Solamente se puede discutir con validez el pronóstico de un individuo en particular con la influencia específica del medio ambiente, las razones precisas de su enfermedad y el cuadro clínico personal que presenta.

Pueden establecerse debidamente los principios fundamentales del pronóstico considerando tres factores: Los antecedentes, el cuadro clínico, y la respuesta al tratamiento. Estos deben aplicarse al caso individual, y no proporcionan ninguna ayuda, cuando se trata de acumular datos estadísticos del pronóstico en un gran número de casos.

ANTECEDENTES PERSONALES

Hay cuando menos cuatro elementos que deben obtenerse de la historia de un individuo esquizofrénico que pueden dar luz en el resultado final de la enfermedad.

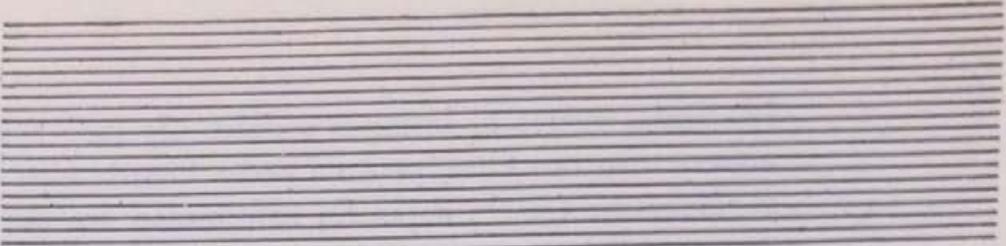
PRIMERO.—El pronóstico es más serio en el individuo con una personalidad introvertida o esquizoide-pre-psicótica. El individuo que durante toda su vida ha sido del tipo autista, y que ha tenido que construir muchas defensas contra el medio ambiente, que lo hicieron llevar una existencia aislada y lo forzaron a encontrar sus satisfacciones dentro de él mismo en lugar de hacerlo en el mundo externo, siempre presenta un defecto de la personalidad más rígida que el individuo cuyas tendencias esquizoides han sido más disimuladas. El desarrollo incidioso y prolongado de la esquizofrenia en un individuo de esa naturaleza, se encuentra bien ilustrado en el caso siguiente:

Un estudiante de 22 años de edad presentaba la siguiente historia: de niño había sido excesivamente protegido y tenía la dificultad de no poder formar contactos sociales con otros niños. En su temprana edad era extremadamente tímido, con una fuerte tendencia a los intereses autísticos. Prefería mucho más la compañía de sus padres y de otras personas adultas en lugar del juego normal con los niños.

Fué enviado a una Escuela en donde sus intereses literarios fueron estimulados en grado extremo, tanto así que se sintió ser un genio y "diferente" de los demás jóvenes. Después de haber terminado la escuela realizó un gran esfuerzo que al fin tuvo éxito, al pasar el examen de admisión en una universidad del Este a la edad de 17 años. En esta última progresó con gran dificultad, hizo pocos amigos, y llamaba la atención de los demás por su conducta rara, haciendo gestos y expresando disgusto de los conciertos sinfónicos. Se interesó por el drama, pero era tan obstinado, que su presencia en el grupo dramático se hizo indeseable. Dirigió sus energías hacia la poesía, y se hizo despreciativo de su universidad, en donde le iba bastante mal. Después de su segundo año pasó a otra escuela, pero durante la Navidad sufrió un trastorno y rehusó volver. Posteriormente reingresó a la Universidad, pero tuvo una dificultad de disciplina y escribió al Decano una nota de dimisión incoherente que convenció a dicha autoridad universitaria de que el muchacho estaba enfermo. Después se dedicó a asuntos religiosos y problemas abstractos de filosofía. Su conducta se hizo tan excéntrica que fué necesario internarlo en el hospital.

SEGUNDO.—El pronóstico parece ser más grave en proporción al grado de privación de cariño en la niñez y en la infancia. Reconocemos que las relaciones faltas de cariño en la niñez, obligan al niño a depender más de su propio narcisismo, del amor de sí mismo, y quizá lo entrenan ya sea a no esperar afecto del mundo o aun a no intentar obtenerlo. Cuanto más numerosas sean las contrariedades y las experiencias de desamor en la niñez, más grave será el pronóstico. El caso siguiente ilustra el desarrollo de dicha enfermedad:

Un hombre, en la actualidad de 36 años, era el más joven de 3 hermanos; su madre murió en un hospital del Estado cuando tenía 6 años aunque ella había sido internada desde que él tenía 3. Durante este intervalo, el niño había vivido algunas veces con su padre y otras con su abuela. Después de la muerte de su madre, su papá se casó con una mujer irascible que tenía su propia familia y que regañaba y maltrataba de continuo enfermo. Sus hermanos tenían la edad suficiente para dejar la casa, pero él continuó viviendo con su padre y su madrastra, pasando prácticamente todo su tiempo trabajando con él padre.



DMELCOS



**VACUNA ESTABILIZADA
PARA EL TRATAMIENTO DEL
CHANCRO BLANDO Y
DE SUS COMPLICACIONES**

COMPOSICION :

Emulsión estabilizada de bacilos de
Ducrey, de diferentes procedencias,
de una concentración de 225 mi-
llones de microbios por centímetro
cúbico.

PRESENTACION :

Caja de 6 ampollas de capacidad
gradual: 1 cc., 1 cc. 5, 2 cc., 2 cc. 5, 3 cc.

MODO DE EMPLEO :

Inyección intravenosa

Inyecciones por dosis progresivas,
descansando 2 o 3 días en cada
inyección.

USESE EXCLUSIVAMENTE POR
PRESCRIPCIÓN Y BAJO LA
VIGILANCIA MEDICA.

Nº 7277. - D. S. P.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
marques "POULENC frères" & "USINES du RHÔNE"
21 rue Jean Goujon PARIS 8^e

No tenía amigos ni intereses sociales. Se casó a la edad de 20 años y tuvo dos hijas, pero no podía llevarla bien con su esposa y finalmente ésta lo dejó. Su enfermedad fué de principio gradual con delusiones paranoides y sentimientos religiosos intensos. La única satisfacción de su vida parece haberla encontrado en el taller donde trabajaba su padre y donde sus responsabilidades no eran de importancia.

TERCERO.—El pronóstico desfavorable varía inversamente con la rapidez de la aparición de los síntomas psicóticos. Una vez que el individuo esquizoide ha combatido la crisis de precipitación, el rompimiento con la realidad puede principiar lentamente y de una manera insidiosa, y en dicho caso la perspectiva, es generalmente más grave que cuando este desajuste aparece de una manera rápida o repentina. En estos últimos casos la oportunidad de remisión o de intermitencia es generalmente mejor. El siguiente caso ilustra un principio agudo con aparente remisión.

Jovencito de 14 años que había tenido su niñez feliz. En la escuela se había interesado profundamente por los deportes y había tenido muchos amigos. Pocos meses antes de su enfermedad sufrió influenza, y varicela, cada una de estas enfermedades acompañada de fiebre. Una tarde después de terminar su lección de clarinete telefoneó a su madre que fuera por él, según acostumbraba, pero ella le dijo que regresara a la casa en un taxímetro. En lugar de hacer ésto, se cree que corrió todo el camino hasta su casa. Sus padres salieron a cenar y cuando regresaron encontraron al muchacho dando vueltas por toda la casa. Se hizo agresivo con ellos y los acusó de "ser injustos" con él y de haberlo "espiado".

A la mañana siguiente despertó aturdido, confuso y disgustado, y fué necesaria la fuerza física para mantenerlo en la casa. Un día después estaba inquieto, se levantó en la tarde vistiéndose y desvistiéndose varias veces de manera lenta. Acusó a sus padres de que trataban de envenenarlo. Esa noche los padres fueron despertados por el enfermo quien parado a la puerta con una espada en la mano, los amenazaba. Fué traído al hospital bajo sedación habiendo permanecido en él durante 10 semanas, y sanó completamente después. Ha estado bien según el último informe que de él se recibió, aproximadamente un año después de haber sido dado de alta.

CUARTO.—El pronóstico parece depender de la intensidad de las

situaciones del medio ambiente provocador. Cuando el enfermo se encuentra con una serie de obstáculos difíciles de vencer; cuando la situación del ambiente es incambiable, puede inconscientemente reconocer que no le queda otro recurso que desarrollar su propio mundo esquizo-frénico. Por otra parte, cuando estas influencias del ambiente son removidas, se presume que el enfermo puede reconocer ésto, y por tal razón su enfermedad no toma un carácter tan maligno. En el caso siguiente vemos un traumatismo severo y repentino del ambiente con un aumento progresivo en la responsabilidad, que parece haber sido la causa. La tensión pudo ser completamente removida y se presume que ésto tuvo algo que ver con el pronóstico.

Un agente de ventas de bonos, de 25 años de edad, había sido aparentemente sociable, amigüero y un hombre muy trabajador; asumió la responsabilidad de dirigir la campaña política de un personaje importante. Según se acercaba la campaña trabajaba más fuertemente, dormía menos y vivía en una constante tensión emotiva. Trató de refugiarse algo en la bebida, pero durante una gran convención principió a actuar "de manera curiosa", se hizo excitable y destructor. Su conducta era tan rara que fué traído al hospital, donde después de un período de 6 semanas se restableció de manera notable. Regresó a su casa y desde entonces ha seguido muy bien.

CUADRO CLINICO

Basándonos en la experiencia pueden reconocerse ciertos principios para el pronóstico en un examen del cuadro clínico.

PRIMERO.—Se reconoce que el estado de mutismo o de excitación catatónica parece disiparse con más frecuencia que la enfermedad, en un individuo que se encuentra en una adaptación hebefrénica o que ha desarrollado una reacción paranoide. Hay excepciones a esta regla lo mismo que a cualquier otro criterio mencionado aquí, y pueden citarse ejemplos en contraste directo con tales descubrimientos. Con no poca frecuencia la fase catatónica aguda se lleva interminablemente, y por otra parte, a veces el individuo hebefrénico paranoide que ya tiene tiempo en ese estado, sana. El caso siguiente ilustra un estado catatónico agudo con una recuperación completa.

A la edad de 19 años un muchacho presentó una "molestia

del estómago" y el médico recomendó que se saliera de la escuela; su primer año en el colegio. Después de haber suspendido su compromiso de matrimonio, se hizo gradualmente hiper-activo, caprichoso y cambiaba sus planes con frecuencia. Fué al pueblo donde su hermano vivía pero no lo fué a ver y principió el camino de regreso a su casa que era de una distancia como de 50 millas. Recogido como vago y llevado a la cárcel, habló de manera nada razonable, destruyó la ropa, los muebles y se puso muy agresivo. Fué traído al hospital en camisa de fuerza y bajo un estado de sedación profundo.

Durante cierto tiempo estuvo catatónico, gesticulando, luchando y con estado de violencia. En el curso de un mes mejoró completamente y ha permanecido bien hasta la actualidad, desde hace 8 años. En ese tiempo ha terminado la Universidad, se ha casado y se dedicó al trabajo.

SEGUNDO.—Se reconoce generalmente que el tono y la concordancia de la afectividad en un individuo, sugiere el pronóstico. Lo favorable del resultado en cierto grado parece depender de la cantidad y de lo apropiado de la respuesta emocional del individuo. La siguiente enferma parecía estarlo en extremo, pero durante toda su enfermedad la concordancia ideo-afectiva era un hecho notable.

Una joven de 30 años de edad tuvo durante un período de dos años y medio, interés excesivo por las actividades religiosas cambiando de la Iglesia Metodista a la Episcopal y haciendo después planes para ingresar a la Iglesia Católica. Llegó a hacerse temerosa de que la gente la iba a atacar a ella y a sus amigas y 5 días antes de ingresar al Sanatorio, desarrolló la idea de que ella era la Virgen María y de que iba a tener un niño por Concepción Inmaculada.

Hacía poses con mucha frecuencia, a veces de bailarina de Ballet, de india comanche, del Mesías, de Misionera Católica, de maestra de religión y de muchas otras personas, pero siempre estaban sus ademanes de acuerdo con lo que imitaba. Después de un período de 6 meses de tratamiento psicológico y de internamiento en el sanatorio, llegó a readaptarse completamente.

TERCERO.—Es bien reconocido que la duración de la enfermedad misma indica el pronóstico; cuanto más se alarga la enfermedad, más triste será el futuro. A veces, el médico puede ver a un enfermo esqui-

zofrénico por primera vez, en quien la enfermedad ha existido por muchos años. La experiencia nos ha enseñado que en tales casos las posibilidades de recuperación son generalmente mucho menos, que para aquellos individuos en quienes la enfermedad apenas ha principiado. Dicho caso es ilustrado como sigue:

Una joven de 25 años, tenedora de libros, se había graduado en el colegio sin dificultad aparente a la edad de 21 años. Hizo un año de estudios post-graduados en 1928, pero se consideró inepta, por lo que se puso algo deprimida. Consultó a un psiquiatra. En 1929 obtuvo un empleo pero su trabajo principió a disgustarle, "las cosas no le parecían reales". Los libros que llevaba tenían afirmaciones que ella tomaba como mentiras. Fué admitida en una institución en donde pasó 5 meses y mejoró sólo un poco. Los dos años siguientes intentó distintas clases de trabajos, pero era siempre tímida, se quejaba de una sensación "extraña", evitaba a las gentes y en ocasiones era demasiado emotiva, dejó de interesarse en las cosas y empezó a tener dificultad para encontrar palabras con qué expresarse. Esta conducta continuó hasta mediados de 1933, haciéndose progresivamente peor. En este tiempo fué admitida en el hospital.

Respondió a un tratamiento psicológico y de reclusión, de sanatorio, de manera muy lenta, con fases de excitación aguda unas y otras de mutismo. Durante un período de tres años ha alcanzado cierto grado de adaptación que le permite ir a la ciudad sola y escribir bastante, pero se siente muy insegura, se enferma con facilidad y permanece en reclusión.

CUARTO.—La presencia de síntomas hipocondríacos es generalmente observada como un signo desfavorable. Esto no es una regla infalible y sin duda en muchos casos y en cada tipo clínico, las manifestaciones hipocondríacas ocurren temprano en la historia del enfermo, quizá antes de la aparición del cuadro psicótico. El siguiente caso ilustra una reacción muy severa que era aparentemente precedida de muchas manifestaciones hipocondríacas que se desarrollaron en la forma de ilusiones.

Una señora de 33 años había tenido una niñez desgraciada y falta de cariño. Sin embargo, era muy ambiciosa, trabajaba mucho y ahorró bastante dinero cuando se casó a la edad de 26 años. Su marido no estaba bien de salud y ella tenía que atenderlo. Un año antes de ser internada al hospital principió a que-

jarse de "dolor en los dientes". Después un médico le dijo que tenía el "corazón enfermo" y esto llegó a hacersele una obsesión. Presentó insomnio y principió a imaginar sucesos y conversaciones. Se formó ilusiones de que tenía "Cáncer en el estómago" y sucesivamente de que había tenido "cáncer del esófago", "deshidratación de los nervios", de que "el lado izquierdo de su cuerpo estaba muerto" y de que "su pelvis estaba llena de hemorroides". Fué llevada a una institución psiquiátrica en donde una atención intensa durante un período de varios meses parece haberle producido solamente resultados medianos.

RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Nunca está uno justificado al dar un pronóstico en un caso individual de esquizofrenia sin considerar cuidadosamente la respuesta del individual tratamiento. En nuestra propia práctica, no hacemos ningún pronóstico positivo en cualquier caso, hasta que hayamos tenido la oportunidad de tratar al enfermo durante varios meses. Hay muy pocos informes acerca de la estadística del pronóstico de la esquizofrenia basados en casos intensamente tratados. Debido a las dificultades inherentes a la enfermedad, la mayor parte de los psiquiatras hacen poco o ningún intento en la psicoterapia y es de esperarse de que a menos que el individuo sea atraído ya por el interés personal del médico o por los planes del programa de actividades, no hará ningún esfuerzo para regresar al mundo de la realidad. Puede uno, aun afirmar que la atención institucional, sin el tratamiento, empeorará al enfermo. En la mayoría de los frenocomias hay poco interés en lo que se refiere al enfermo ya sea de las personas que lo rodean (sus compañeros enfermos) o de la oportunidad de autoexpresión de éste. En tales condiciones, la atracción del mundo de la realidad puede ser menor aún de lo que era en la situación del ambiente, en el cual la enfermedad se desarrolló.

Hace muchos años que Bleuler afirmó que el pronóstico en una tercera parte de todos los casos de esquizofrenia era decidido por el tratamiento. En nuestra opinión el pronóstico, cuando menos en las dos terceras partes de los casos es decidido por el tratamiento. El tratamiento debe ser determinado por el conocimiento del mecanismo psicológico empleado por el individuo esquizofrénico, de manera que el médico pueda intentar encontrar derivaciones sociales adecuadas para substituir a los síntomas. Tales oportunidades de expresión deben estar íntimamente re-

lacionados en su naturaleza con los síntomas, por ejemplo, deben responder a las mismas necesidades inconscientes de las que son éstos una expresión. El médico y la enfermera encargados de un individuo de esa naturaleza, deben darse cuenta de la extrema sensibilidad del esquizofrénico y reconocer que cualquier clase de desaire, de crítica, regaño o contratiempo pueden aumentar la necesidad en él, de alejarse aún más del mundo de la realidad hacia su solución esquizofrénica, en lugar de ayudarlo a regresar a lo normal. El médico debe mantener una actitud sincera, interesada y de simpatía hacia el paciente dentro de un camino fácil y siempre accesible entre él y el enfermo. En nuestra experiencia aquellos a quienes se les puede dar dicho tratamiento, en muchos casos regresar a su capacidad pre-psicótica para readaptarse; y "se recuperan". El caso que aquí se presenta ilustra la importancia del tratamiento.

Una señora de 31 ños de edad que estuvo casada por 12 años y llevó una vida de hogar feliz. Su esposo era aparentemente de carácter todavía no cimentado y aunque trabajaba constantemente, contribuía con menos de la mitad a los gastos domésticos y era un alcoholista periódico. La enferma continuó trabajando eficientemente después de su matrimonio hasta el principio de su enfermedad como secretaria de oficina.

Su vida marital fué de discordia continua, con muchas amenazas de separación, que hubieran sido llevadas a cabo, si no es porque temiese que su esposo le hiciera algún daño físico, tal vez que la matara o a algún miembro de su familia si lo abandonaba. Recibía poco cariño de él y el año anterior a su enfermedad tuvo un desliz amoroso de poca importancia y llegó a preocuparse de manera obsesiva acerca de ésto que finalmente lo confesó a su marido. El amenazó matar al hombre y se emborrachaba aún más. La enferma perdía progresivamente el sueño, se preocupaba más y se volvió excéntrica. Durante uno de los períodos alcohólicos de su marido ella se descompuso de tal modo que fué llevada al hospital psiquiátrico.

Por espacio de un año y en la mayor parte de este tiempo estuvo muda, con frecuencia rehusaba comer, y presentaba muchas ilusiones y alucinaciones. Después de ser internada en nuestro hospital fué tratada con extrema bondad y paciencia, que al principio encontraban respuesta negativa; mutismo por parte de ella y una conducta destructora y agresiva. Por medio de pláticas diarias con el médico, principió a decir unas cuantas palabras

en cada entrevista. El interés de simpatía y de bondad de parte de éste y de las enfermeras, sin considerar la incoherencia en sus respuestas, era continuo y gradualmente fué mejorando durante los siguientes meses hasta la recuperación definitiva.

CONCLUSION:

Creemos que el tratamiento es el factor más importante en la determinación del pronóstico de la esquizofrenia. La aplicación de los principios de la terapéutica bosquejados anteriormente en una serie de esquizofrénicos, nos ha dado un criterio más optimista en lo que se refiere al pronóstico de esta enfermedad.

LECHE XIFAL

Dresden-Sajonia Leche Esterilizada y Desnatada con 100
Millones de Estafilococos en cada Centímetro Cúbico, para Inyecciones Intramusculares.

Útil como auxiliar en todas las indicaciones de la:

Proteinoterapia Energica. (Reacción ligera mediana.)

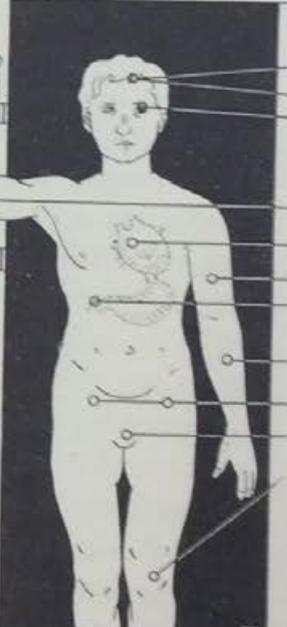
Epilepsia;

Encefalitis Letárgica;

Parálisis Infantil;

Úlceras del Estómago y del Duodeno.

Úsese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.
Reg. No. 9766. - D. S. P. Prop. No. 2554.



DROGAS-OTOL-ERAPIA



INSTITUTO SAJON DE SEROTERAPIA, S. A., Dresden.

(FABRICANTES DE ABIJON, OTALGAN, VACCINEURINA, ETC.)

Representante General para la República Mexicana:
VICTOR MESTER

Apartado 1250. México, D. F.

El Uso y el Abuso de los Sedantes no Narcóticos

Por RALPH M.
FELLOWS, M.
D. F. A. C. P.

El uso de sedantes en el tratamiento de las enfermedades, no se ha limitado únicamente a la práctica neuropsiquiátrica, sino que se ha extendido a otros campos de la medicina. Casi no existe condición médica o quirúrgica en la cual, durante el curso de una enfermedad, no se hayan empleado sedantes de un tipo o de otro. Los farmacéuticos informan que con la excepción de varios tipos de catárticos y de aspirina, se administran o se compran más preparaciones que contienen alguna forma de sedante que cualquier otro tipo de medicamento. En las condiciones médicas y quirúrgicas los sedantes se usan para procurar descanso y relajamiento, para abatir las preocupaciones, para obtener sueño, y aún en ocasiones para restringir al enfermo. Los sedantes, aportando las condiciones anteriores, con mucha frecuencia protegen al enfermo contra la fatiga, de manera que, de hecho, resultan ser medidas curativas, por las cuales el paciente puede recuperar la salud.

Es generalmente reconocido que los sedantes se emplean en la práctica médica y quirúrgica para tratar condiciones que son actualmente síntomas de distintas enfermedades combatidas y que no se emplean para tratar la enfermedad misma. Los sedantes se emplean simplemente como auxiliares en el tratamiento, cuando se está investigando y atacando la causa fundamental de la enfermedad. Los sedantes en sí no curan un caso de neumonía, de fiebre tifoidea o de tuberculosis, así como tampoco curan ninguna condición neuropsiquiátrica, por ejemplo una psiconeurosis. Son auxiliares también en el tratamiento de condiciones neuropsiquiátricas, empleándose en dichos casos mientras la causa fundamental es descubierta y atacada.

Los sedantes no narcóticos más comunmente usados son de tres tipos: (1) barbituratos, sus derivados y distintas combinaciones; (2) bromuros, sus distintas formas y combinaciones; (3) paraldehido.

BARBITURATOS

En los últimos años varios derivados del ácido barbitúrico han sido sintetizados y examinados farmacológicamente. (1)

Muchos de éstos que mostraron propiedades como sedantes han sido introducidos en la práctica de la medicina, algunos se han conservado y unos cuantos se han hecho muy populares. El primer miembro era el veronal o barbital. Desde su introducción los distintos derivados barbiturados, introducidos y explotados por las casas farmacéuticas, han llegado a ser casi innumerables. Las preparaciones comerciales de uso más común, son: el luminal o fenobarbital, el amital o sodioamital, el dial, el ipral, el neonal, el nembital, el allonal, el fanodormo, el noctal, el pentobarbital, y el medinal. Todas estas drogas pueden ser administradas por vía endovenosa. Con poca diferencia en lo que se refiere a la preparación individual, la acción de todos estos compuestos es esencialmente la misma. Varios médicos creen poder obtener diferentes resultados con el uso de distintas preparaciones; de hecho prácticamente cada médico tiene una droga favorita en este grupo, que emplea de una manera más extensa que las otras. El punto esencial de estas numerosas preparaciones es para el médico la selección de una o dos de dichas drogas que él ha encontrado fácilmente accesibles económicamente y eficaces.

Mucho queda todavía por aprender referente a las manifestaciones de la idiosincrasia y dosis excesiva de los últimos compuestos, (1) pero no hay razón para creer que estas manifestaciones difieran de una manera muy notable de aquellas de las drogas que ya han sido usadas por más tiempo. La mayor parte de los signos y de los síntomas tóxicos experimentados y descritos con los compuestos primitivos, se han experimentado y descrito también con aquellos de introducción más reciente. La formación de hábito con los tipos de preparaciones más recientes, por ejemplo, el sodioamital, es tan común como lo era con los tipos más antiguos, tales como el veronal. La experiencia muestra también que la tolerancia puede adquirirse para las formas más recientes de barbituratos, lo mismo que acontece con el uso prolongado de las formas más antiguas.

Los barbituratos son eliminados por la orina en distintas cantidades, encontrándose sólo trazas en las heces fecales. Aproximadamente el 90%

puede eliminarse de esta manera después de pequeñas dosis repetidas, pero después de la administración de cantidades mayores el porcentaje eliminado disminuye de una manera notable, del 50 o 60% de la cantidad administrada. La eliminación después de grandes dosis, es lenta y puede prolongarse en ciertos casos por un período de 10 a 12 días.

Los síntomas de intoxicación por dosis excesivas o por la intolerancia a los barbiturados son variables en sus manifestaciones. (2) Dichos síntomas pueden simular a aquéllos vistos comunmente en cualquiera entidad nosológica médica o neurológica. Hay síntomas que corresponden directamente al sistema nervioso central incluyendo ataxia, nistagmus, diplopia, disminución o aumento de los reflejos, retención de la orina o de las heces, pérdida del control del esfínter, tortícolis, estupor, coma y en ocasiones deficiencia respiratoria. Hay síntomas que no corresponden directamente al sistema nervioso central y que comprenden vómitos, distensión abdominal, elevación o descenso de la temperatura, disminución del metabolismo, descenso de la presión sanguínea, cambios en la velocidad y carácter del pulso, anemia, acidosis y edema pulmonar. Aunque el coma es probablemente la primera condición sobre la cual se piensa en conexión con una dosis excesiva de los barbiturados, no es sin embargo el síntoma o complicación más común. Una erupción tóxica es combatida con frecuencia como un síntoma de intolerancia o de dosis excesiva o puede simular casi cualquier exantema conocido, (2) (3) por ejemplo la sífilis secundaria, púrpuras, y las distintas formas de pitiriasis. Con frecuencia tienen la apariencia de las erupciones observadas en el exantema agudo. Cuando esta erupción se parece a uno de los exantemas y es acompañado de fiebre como sucede con frecuencia, ofrece un problema de diagnóstico interesante. Cuando, por otra parte, se ataca una erupción inexplicable, es siempre preferible asegurarse de si ha sido tomado o no por el enfermo un barbiturado.

Cuando el coma es debido a envenenamientos por barbiturados, no tiene un carácter patognomónico específico que lo diferencie del coma debido a otras causas, (2) a menos que por supuesto, pueda confirmarse la historia de que el paciente ha tomado barbiturados.

Con no poca frecuencia ocurre una condición de delirio o de psicosis tóxica, aparentemente debida por completo a una dosis excesiva o a intolerancia. (2) Esta condición no tiene un carácter distintivo constante para diferenciarla de los delirios que acompañan a otras intoxicaciones.

El tratamiento del envenenamiento por barbiturados no se diferencia esencialmente del tratamiento por envenenamiento de otras drogas. Consiste principalmente en la eliminación y en el estímulo. Los intestinos

deben ser vaciados por medio de enemas y de purgantes. Deben introducirse líquidos por vía oral, por el recto, subcutáneamente o por vía intravenosa para ayudar en la eliminación renal. La estriquina, debido a su acción antagonista con los barbituratos, debe ser aplicada por vía hipodérmica. Café cargado y whiskey pueden darse por vía rectal. Cafeína-benzoato de sodio en una dosis de $7\frac{1}{2}$ granos (el grano equivale a 0.6 gramos) deben darse intramuscularmente; o aún por vía endovenosa si la seriedad de la condición lo requiere. La coramina, (4) un estimulante cardiorespiratorio, es considerado por algunos como específico contra el envenenamiento de los barbituratos. Debe tenerse siempre a la mano cuando se usen los barbituratos en cualquier cantidad y siempre que exista alguna posibilidad de envenenamiento por estos últimos.

Por algún tiempo ha sido la práctica de esta clínica dar un centímetro cúbico por vía intramuscular una a tres veces a la semana de extracto de hígado a los enfermos a quienes se les están administrando barbituratos en cualquiera de sus formas. Cuando la intoxicación por barbiturato es comprobada, se dan rutinariamente dosis más grandes de extracto de hígado. Este tratamiento por medio del extracto de hígado es algo empírico, pero tiene al menos un sentido teórico racional en su uso. (5) La malonilurea, más comunmente conocida como ácido barbitúrico es un derivado de la pirimidina. (2) Las pirimidinas son productos desarrollados en el metabolismo de los proteidos que son metabolizados en gran cantidad por el hígado. Aunque no se ha probado que el extracto de hígado estimule la acción de la glándula hepática, hay alguna justificación en la creencia de que tiene cierto efecto sobre las actividades metabólicas de dicha glándula, especialmente en lo que se refiere a su acción sobre el metabolismo de los proteidos. Se cree que posiblemente el extracto de hígado en su acción sobre la glándula hepática, aún inexplicable, apresura la destrucción o posiblemente la eliminación de los barbituratos, evitando así la intoxicación que los mismos producirían o contribuyendo terapéuticamente al tratamiento de dicha condición una vez que se ha desarrollado.

BROMUROS

Los bromuros han tenido variedad de usos, pero han sido substituidos en gran cantidad por el que prevalece y que se ha extendido, de los barbituratos. Aún en el tratamiento de los desórdenes convulsivos el uso de los bromuros ha sido reemplazado considerablemente por el de los barbituratos, especialmente por el fenobarbital, (luminal). Los bromuros se

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° 6125 D S P

Société Parisienne d'Expansion Chimique
SPECIA

Marques "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHONE"

21, Rue Jean-Goujon — PARIS (8°)

usan con mucha frecuencia cuando los enfermos no pueden tolerar los barbituratos. Algunas de las manifestaciones más comunes de intoxicación ya sean por una dosis excesiva o por intolerancia, son: exantema, disórdenes gastrointestinales y ataxia. El exantema es más característico y no tan variable en su apariencia como lo es el producido por los barbituratos. Rara vez se acompaña de fiebre y generalmente aparece en la cara, especialmente en la frente, en el cuello, en los hombros y en la espalda. Es comunmente acneiforme en su apariencia.

La intoxicación por bromuros combatida en la forma de delirio o de psicosis tóxica, es observada con no poca frecuencia. (6)

Afortunadamente tenemos un método por el cual el contenido de bromuros en la sangre puede ser calculado con exactitud. Excepto en aquellas personas sensibles a los bromuros, el bromuro sanguíneo se encuentra generalmente elevado en la presencia de síntomas de intoxicación por dichos compuestos. (7) Aunque no hay una cifra absoluta normal para el contenido del bromuro sanguíneo, los síntomas de intoxicación se encuentran con mucha frecuencia acompañados de elevación de dicha substancia en la sangre que pasa de 80 a 120 miligramos por centímetro cúbico de líquido sanguíneo. (8) (9) Sin embargo, algunas gentes no presentan síntomas de intoxicación cuando el contenido de la sangre en bromuros es de 400 a 500 miligramos por centímetro cúbico.

La administración de cloruro de sodio es practicamente un específico en el tratamiento del envenenamiento por bromuros. El cloruro de sodio puede darse por vía oral, dos dracmas (un dracma equivale a 3.5 c.c.) en agua, tres veces al día, o en casos de emergencia puede administrarse también por vía intravenosa. La eficacia del cloruro de sodio en el tratamiento de la intoxicación por bromuros es debida a que el radical cloruro reemplaza al radical bromuro en la sangre.

PARALDEHIDO

El paraldehido es problamente el más seguro de todos los sedantes. (10) Puede administrarse en grandes cantidades sin ningún efecto tóxico. Su uso está algo reducido debido a que tiene un olor y un sabor muy desagrables. Es el sedante de elección en el alcoholismo agudo. Los enfermos alcohólicos generalmente no se oponen a tomarlo por vía oral, aparentemente por su sabor un tanto parecido al alcohol, y debido a que produce de vez en cuando una reacción parecida también al alcohol. Un tratamiento muy satisfactorio del alcoholismo agudo, especialmente cuan-

do hay náuseas y vómitos, lo constituyen los lavados estomacales por medio de una sonda nasal, colocando después en el estómago, a través del tubo, de tres a seis dracmas de paraldehído.

El paraldehído es un sedante muy bueno para emplear en los ancianos, porque no afecta el corazón, ni aun a grandes dosis, y porque no trae como resultado la excitación que aún las dosis más pequeñas y moderadas de barbituratos producen, en ocasiones, en esas mismas personas.

El paraldehído es administrado con no poca frecuencia por vía rectal. Whalen, en una carta dirigida al autor, aboga por la administración del paraldehído por vía intramuscular. El inyecta de 20 a 30 centímetros cúbicos en la región glútea. Afirma que no ha encontrado efectos nocivos cuando menos en trescientos casos tratados en esa forma y que el efecto del sedante se prolonga de una a tres horas más, que cuando se dá por vía oral.

TERAPEUTICA SEDANTE O NARCOTICA

En ocasiones, y en algunos síndromes neuropsiquiátricos se provoca en un enfermo, un estado de sueño o de semiestupor que es mantenido durante distintos periodos de tiempo. (12, 13 y 14) La duración de dicho tratamiento generalmente es de uno a dos días, hasta diez, o de dos semanas. Es necesario dar suficiente medicamento durante todo el período que dure el tratamiento para mantener la sedación o narcotismo deseados. Distintos sedantes se han usado en este procedimiento. Alguna de las formas de barbituratos es la droga que generalmente se usa. El método más común de administración de cualquiera de las formas de barbituratos, es por vía oral o endovenosa; con menos frecuencia las vías intramuscular o rectal.

El amital sódico ha sido usado extensamente para esta clase de tratamiento. (15) Generalmente se administra por vía endovenosa en cantidades suficientes y a intervalos lo suficientemente frecuentes para mantener la sedación deseada. Las mismas desventajas y peligros tiene la administración de sodioamital por vía endovenosa que las que tienen la inyección de cualquier otra substancia por la misma vía. Es necesario que un médico, no una enfermera, administre la droga por vía endovenosa. Es difícil regular la dosis de sodioamital por dicha vía debido al peligro que existe de dar demasiada droga, con su acción consecuente, y que es desastrosa de una manera rápida, cuando se administra una cantidad excesiva, especialmente a un enfermo que es sensible a los barbituratos.

Recientemente se ha introducido y usado la mezcla de aquellos barbituratos que parecen tener una acción sinérgica. (16) Dicha mezcla $1\frac{1}{2}$ granos de luminal sódico con 5 granos de barbital sódico en cualquier excipiente satisfactorio, por ejemplo agua destilada o elixir de pepsina lactada es administrada por vía oral, y se cree, ofrece algunas ventajas sobre otros derivados barbiturados de uso más común, especialmente aquéllos que se administran por vía endovenosa. La mezcla parece tener el mismo efecto benéfico que otros barbituratos. Puede ser administrada por una enfermera lo que evita las muchas desventajas e incidentes peligrosos que trae consigo la administración por vía endovenosa. Puede ser administrada por una enfermera. La dosis es más fácilmente regulada y controlada; por ejemplo, pueden darse al enfermo hasta 6 u 8 dosis pequeñas de dicha mezcla por vía oral en el curso de 24 horas sin las desventajas producidas por la administración de varias dosis en inyecciones endovenosas de otras preparaciones. Es más económica que algunas de las otras preparaciones.

Las desventajas que se tienen en el uso de esta droga son muy parecidas a aquellas que se tienen en el uso de cualquier barbiturato. Las mismas precauciones como con cualquier otra forma de barbiturato deben tenerse en la administración de esta preparación para evitar la intoxicación y para combatirla. Algunas de las precauciones deben seguirse como rutina cuando un enfermo se sujeta al tratamiento de los sedantes o de narcóticos para evitar la intoxicación. Debe determinarse primero si el paciente es sensible a los barbituratos. Una vez que el tratamiento ha principiado deben proporcionarse al enfermo los requisitos térmicos suficientes; tomas líquidas (para un adulto del tamaño normal cuando menos 3,000 a 4,000 centímetros cúbicos en 24 horas) deben darse ya sea por la boca, por vía subcutánea o endovenosa. Esta última vía está especialmente indicada porque la mayor parte de la droga es eliminada por los riñones. La cuenta completa de los glóbulos sanguíneos y la determinación de la hemoglobina han de hacerse a intervalos regulares y tomarse medidas necesarias para combatir la anemia que ocasionalmente se presenta. Deben hacerse pruebas del funcionamiento renal a intervalos frecuentes, suspendiéndose la administración de la droga si algún desorden de dicha función fuere descubierto. Deben administrarse al enfermo álcalinos suficientes para combatir la acidosis, que frecuentemente se presenta, además, extracto tiroideo para contrarrestar el descenso del metabolismo basal que con frecuencia acompaña a la sedación prolongada. (2) La droga debe ser suspendida inmediatamente, háyanse o no obtenido los efectos deseados, si cualquiera de los síntomas referentes al siste-

ma nervioso central aparecen y persisten, tales como nistagmus, diplopia, pérdida persistente del control esfinteriano, y pérdida de los reflejos. La droga ha de ser suspendida inmediatamente, si aparece cianosis marcada. Si algún signo de edema pulmonar se presenta, debe suspenderse inmediatamente la droga y serán empleadas las medidas necesarias para combatir la intoxicación, pues la muerte por envenenamiento debido a la administración de barbituratos, ocurre con mucha frecuencia por medio del edema pulmonar.

RESUMEN:

1.—El uso de los sedantes no narcóticos en la práctica médica no se ha limitado a las condiciones neuropsiquiátricas, sino que se ha extendido a otros campos de la medicina.

2.—Los sedantes se usan principalmente en el tratamiento de los síntomas de las enfermedades y no para tratar la entidad nosológica misma.

3.—Se discute el uso de los tres sedantes no narcóticos y sus derivados y combinaciones de uso más común, así como algunos de los síntomas de intoxicación por estas drogas, con las medidas utilizadas para combatir dichas condiciones cuando se suscitan.

BIBLIOGRAFIA

1. Cushney, A. R.: *A Text-book on Pharmacology and Therapeutics or the Action of Drugs in Health and Disease*, 10th Edition, pp. 256-253. Philadelphia, Lea & Febiger, 1934.
2. Lundy, J. S. and Osterberg, A. E.: Review of the Literature on the Derivatives of Barbituric Acid, *Chemistry, Pharmacology, Clinical Use*. Proc. Staff Meet., Mayo Clin., Supplement 2, 4: 386-416 (Dec. 18) 1929.
3. Menninger, W. C.: Skin Eruptions with Phenobarbital (Luminal), *J. A. M. A.* 91: 14-18. (July 7) 1928.
4. Reese, H. H.: Method to Counteract Narcotic and Intoxicating Effect of Barbituric Acid Drugs, *Wisconsin M. J.* 32: 530-532. Aug. 1933.
5. Bauer, R. (Vienna). New Treatment for Various Kinds of Coma, *Ann. Int. Med.* 8: 595-598. Nov. 1934.
6. Tidd, C. W.: Bromide Intoxication, *Southwestern Med.* 19: 87-89. March 1935.

7. Diethelm, O.: On Bromide Intoxication, J. Nerk & Ment. Dis. 71: 151 Feb.; 278 March, 1930.
8. Wagner, C. P. and Bunbury, D. E.: Incidence of Bromide Intoxication among Psychotic Patients, J. A. M. 95: 1725-1728. (Dec. 1930).
9. Harris, T. H. and Hauser A.: Bromide Intoxication; Its Significance in Toxic Delirious States, J. A. M. A. 95: 94-96. (July 12) 1930.
10. Cushney, A. R.: A Text-book on Pharmacology and Therapeutics or the Action of Drugs in Health and Disease, 10th Edition, p. 253. Philadelphia, Lea & Febiger, 1934.
11. Whalen, J.
12. Bleckwenn, W. J.; Narcosis as Therapy in Neuropsychiatric Conditions, J. A. M. A. 95: 1168-1171. (Oct. 18) 1930.
13. Bleckwenn, W. J.: Narcosis as Therapy in Neuropsychiatric Conditions, J. A. M. A. 95: 1168- 1171. (Oct. 18) 1930.
13. Bleckwenn, W. J.: Production of Sleep and Rest in Psychotic Cases, Arch. Neurol. & Psychiat. 24: 365-372. August 1930.
14. Fellows, R. M.: Sodium Amytal in the Treatment of Paresis (Preliminary Report), J. Missouri M. A. 29: 194-196. May 1932.
15. Page, I. H. & Coryllos, P.: Isoamyl Ethyl Barbituric Acid (Amytal); Its Use as Intravenous Anesthetic, J. Pharmacol. & Exper. Therap. 27: 189-200. April 1926.
16. Witt, G. F. & Cheavens, T. T.: Sodium Barbitol-Sodium Phenobarbital Narcosis in Treatment of the Acute Psychoses, Texas State J. Med. 30: 517-520. Dec. 1934.

BISMUTHOIDOL ROBIN

REG. D. S. P. 10431

TERAPEUTICA RACIONAL DE LA NEUROLOGIA

Es Bismuto Colonial en Solución ACUOSA (completamente indoloro)

NO SE ACUMULA en el organismo, no provoca choque hemoelástico.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia Médica.

Agente: MAX ABBAT.

Calle de Lucerna Número 47.

MEXICO, D. F.

Encefalitis Hemorrágica Aguda [Encefalorragia Capilar] Consecutiva a la Administración de Ars- fenamina

Por G. S. WARAICH, M. D.,
LEO STONE; M. D. y M. M.
KESSLER, M. D.

Introducción.—Entre las complicaciones más serias aunque de relativa poca frecuencia, consecutivas a la terapéutica arsfenamínica o neoarsfenamínica, se encuentra la encefalitis hemorrágica. Multitud de términos se emplean en la literatura médica para describir esta condición patológica, tales como púrpura cerebral (Schmidt), apoplejía serosa (Nether-ton) (5), necrosis medular perivascular (Alpers) (3), encefalopatía tóxica, y finalmente encefalorragia pericapilar (Glosburg y Ginsberg) (4). El término de "encefalitis hemorrágica" persiste, y es empleado en el presente trabajo como una designación puramente clínica.

En la estadística obtenida por Glaser, Imerman, e Imerman (1), en distintas fuentes, a firman que de 191, 125 enfermos tratados con 1.108,778 inyecciones de compuestos de arsfenamina, 1,377 sufrieron complicaciones. Una complicación por cada 1929 casos, y 804 inyecciones. Se presentaba una muerte por cada 2,699 casos y 14,384 inyecciones. Como un 50 por ciento del número total de fallecimientos se debía a lesiones del sistema nervioso central. Así, aproximadamente una muerte por cada 5,398 casos y 28,776 inyecciones reconocía como causa dichas lesiones. Del 50 por ciento restante de los fallecimientos, la mayoría eran debidos a una dermatitis exfoliadora y a la atrofia amarilla aguda del hígado; en

casos muy raros se debían a una nefritis hemorrágica aguda, a la enteritis ulcerosa, y a la anemia aplástica.

La encefalitis consecutiva a la administración de arsfenamina ha sido ya estudiada de una manera muy extensa desde los puntos de vista clínico y patológico (1, 2, 3, 4, 6, 7, 9). Sin embargo, presentamos el siguiente caso como un ejemplo muy claro del síndrome clínico y de la anatomía patológica.

Antecedentes: En mayo 3 de 1935, fué internada en el Hospital de Cristo (Christ's Hospital), de Topeka, Kansas, una señora de 32 años de edad, que se quejaba de dolor generalizado a todo el cuerpo. Se encontraba en un estado de tensión y de irritabilidad extremas. Su salud siempre había sido satisfactoria, y lo único que vagamente recordaba haber padecido era un espasmo muscular que se le presentaba durante la noche, en distintas partes del cuerpo, pero con más frecuencia en el brazo derecho. Como unas seis semanas o dos meses antes de ser internada, y sin ninguna causa aparente, se le desarrolló una cistitis aguda caracterizada por micción dolorosa. Se le instituyó el tratamiento médico, y como no toleraba los medicamentos por vía oral, se le administraron unas cuantas inyecciones de neosalvarsán; más o menos un total de tres dosis. La enferma mejoró considerablemente, pero pocas semanas después hubo regresión de los síntomas, habiéndosele administrado otra inyección (0.45 gm.) el 14 de abril de 1935. Se dijo que la enferma había "reaccionado mal" a cada una de estas inyecciones. El 2 de mayo principió a vomitar abundantemente y de una manera continua, y como su estado no mejoraba con la terapéutica sintomática fué internada en el hospital para un estudio más completo. Un pequeño absceso en la axila derecha había sido "recientemente" escindido; de la fecha no estaba segura.

Examen: El examen físico revelaba a una mujer adulta enflaquecida, encamada, extremadamente rígida y quejándose de dolor generalizado a todo el cuerpo. Presentaba una pequeña cicatriz en la axila derecha. No se descubrió nada anormal en el corazón, en los pulmones ni en los órganos abdominales. La presión sanguínea era de 126/80, el pulso 92, la respiración 22, y la temperatura 36.1 C. Las extremidades se encontraban en estado normal; pero en todas los reflejos estaban exagerados en el mismo grado.

El 4 de mayo de 1935 la enferma entró en estado de coma habiéndose elevado la temperatura hasta 40.5 C., el pulso a 108, y la respiración a 28. Se solicitó entonces el examen neurológico.

Examen neurológico: La respiración se encontraba regular y algo acelerada. Había ligera respuesta, por parte de la enferma, al estímulo do-

loroso prolongado. Tenía la cabeza dirigida hacia la derecha y ligeramente hacia atrás. Se notaba un aumento uniforme del tono plástico del cuello, pero no había rigidez "meníngea" típica. El brazo derecho, en flexión espasmódica a través del tórax, con todos los dedos, excepto el medio, doblados; este último se encontraba extendido; el brazo izquierdo en extensión espasmódica, con la mano doblada. La pierna izquierda se encontraba en ligera flexión, mientras que la derecha estaba extendida. Ambos pies mantenían una posición parcial de "varus equino". Los ojos con más frecuencia desviados ligeramente hacia la derecha, a veces eran torcidos. Las pupilas redondas, regulares, iguales y mióticas, reaccionaban a la luz de una manera muy limitada. Los reflejos palpebrales presentes en ambos lados pero disminuídos. El fondo de los ojos se encontraba normal. No había debilidad facial notable. Los reflejos de las extremidades pélvicas se encontraban simétricamente hiperactivos; no existía clonus del pie. Las piernas estaban flácidas. No había signo de Babinsky ni ningún otro signo del sistema piramidal. Los reflejos del miembro torácico derecho se encontraban exagerados; los del izquierdo normales. No pudieron obtenerse los reflejos abdominales. El brazo derecho adquiría una actitud espástica al intentar la extensión, mientras que el izquierdo tomaba la misma actitud durante la flexión. El examen sensorial detallado no fué posible. Evacuación del intestino, normal. Retención de orina al grado de ser necesaria la cateterización.

La punción raquídea se hizo dos veces, una el 3 de mayo de 1935 (antes de la consulta dada en el hospital) y la otra el 4 del mismo mes y año. El líquido céfalo-raquídeo extraído en la primera punción era notablemente (y de una manera uniforme) sanguinolento, pero la segunda vez tenía el aspecto claro, después de haber extraído varios centímetros cúbicos del líquido. No se determinó la presión sanguínea, pero persistía la creencia de que ésta era normal o ligeramente elevada.

EXAMEN DE LABORATORIO:

Orina: (muestra extraída por medio del catéter) (5, 4, 35) color amarillo-pajizo, ligeramente turbia. Densidad 1.028. Albúmina, ausente; azúcar + 3 (cualitativo); acetona + 1; ácido diacético +.2; microscópico: 30-40 células de pus por campo visual a gran aumento.

Sangre: (-5-3-35) Eritrocitos 5.670,000; hemoglobina 87%, leucocitos 5,800; Polimorfonucleares 76%; pequeños linfocitos 26%; (5-4-35) Eritrocitos 4,960,000; hemoglobina 85; leucocitos 16,450; polimorfonucleares 95%; pequeños linfocitos 5%.

Analgésico y sedante
Alivio inmediato del dolor



Reg. Nos. 8591 y 8592 D. S. P.
Prop. No. 1282



CIBALGINA

Sin opio - ni morfina

COMPRIMIDOS-

-AMPOLLAS

SOCIEDAD PARA LA INDUSTRIA QUIMICA EN BASILEA (SUIZA)

Para Muestras y Literatura: W. NOEH, Calle de López 35- México, D. F.

Azúcar de la sangre en ayunas: 166 mgm. por 100 c.c. de sangre (antes de la inyección intravenosa de glucosa).

Reacciones de Wassermann y Kahn: negativas.

Líquido céfalo-raquídeo: (5-4-36) 50 glóbulos rojos por milímetro cúbico; 5 glóbulos blancos por milímetro cúbico.

Contenido total en proteidos: 420 mgm., globulina +.2 Wassermann y Kahn negativas; curva del oro coloidal: 0000011000.

El diagnóstico clínico fué de *encefalitis hemorrágica* debida probablemente a la administración de arsfenamina. Sin embargo, en vista de los antecedentes peculiares de espasmos del brazo derecho, se ha tomado en consideración la posible existencia de alguna lesión localizada en el hemisferio cerebral izquierdo, probablemente un aneurisma que al principio ocasionó un ligero escurrimiento sanguíneo y posteriormente se convirtió en franca hemorragia subaracnoidea. También se tomó en cuenta, debido a la presencia inexplicable de una cistitis en una mujer joven, la posibilidad de que se tratara de un tuberculoma con meningo-encefalitis tuberculosa atípica.

Evolución: El 5 de mayo de 1935 desarrolló la enfermedad edema pulmonar agudo con ligera cianosis. La temperatura era de 39.5° C., pulso 160, y respiración 44. Se le instituyó un tratamiento enérgico con atropina, glucosa al 50% por vía endovenosa, tiosulfato de sodio por la misma vía, y dosis frecuentes de adrenalina (1-1000). Como presentaba hiperglicemia y glicosuria, se le administró insulina. El examen neurológico mostró: respiración entrecortada y rápida, de tipo casi completamente abdominal. El lado derecho de la cara se encontraba parejo; signo de Babinsky positivo en ambos lados. No había rigidez del cuello.

Mayo 6 de 1935.—Se notaba algo de mejoría. No había signo de Babinsky. La temperatura ascendía a 40° C, el pulso a 152 y la respiración era 24. No se presentó ningún cambio en la posición del cuerpo.

Mayo 7 de 1935.—Temperatura 38.9° C, pulso 104, y respiración 24. Las pupilas no reaccionaban a la luz, encontrándose completamente fijas. La enferma murió a las 10.30 A. M.

Examen Post-mortem: La autopsia se limitó a la cabeza. El cerebro en extremo edematoso y los vasos de la pia-madre se encontraban muy congestionados. Las circunvoluciones estaban ligeramente aplanadas y las fisuras superficiales. En una sección preliminar, el cerebro mostraba pequiñas en toda la substancia blanca. El cerebro fué seccionado verticalmente después de haber sido macerado en una solución de formol al 10% (Fig. 1).

En el polo frontal izquierdo había una región reblandecida y de co-

lor gris cuya superficie era como de 2 x 3 centímetros, con marcadas pete-
quias intrínsecas y circunvecinas. Había hemorragias masivas en toda la
corona radiada, de una manera predominante en la subcortical; en el cuer-

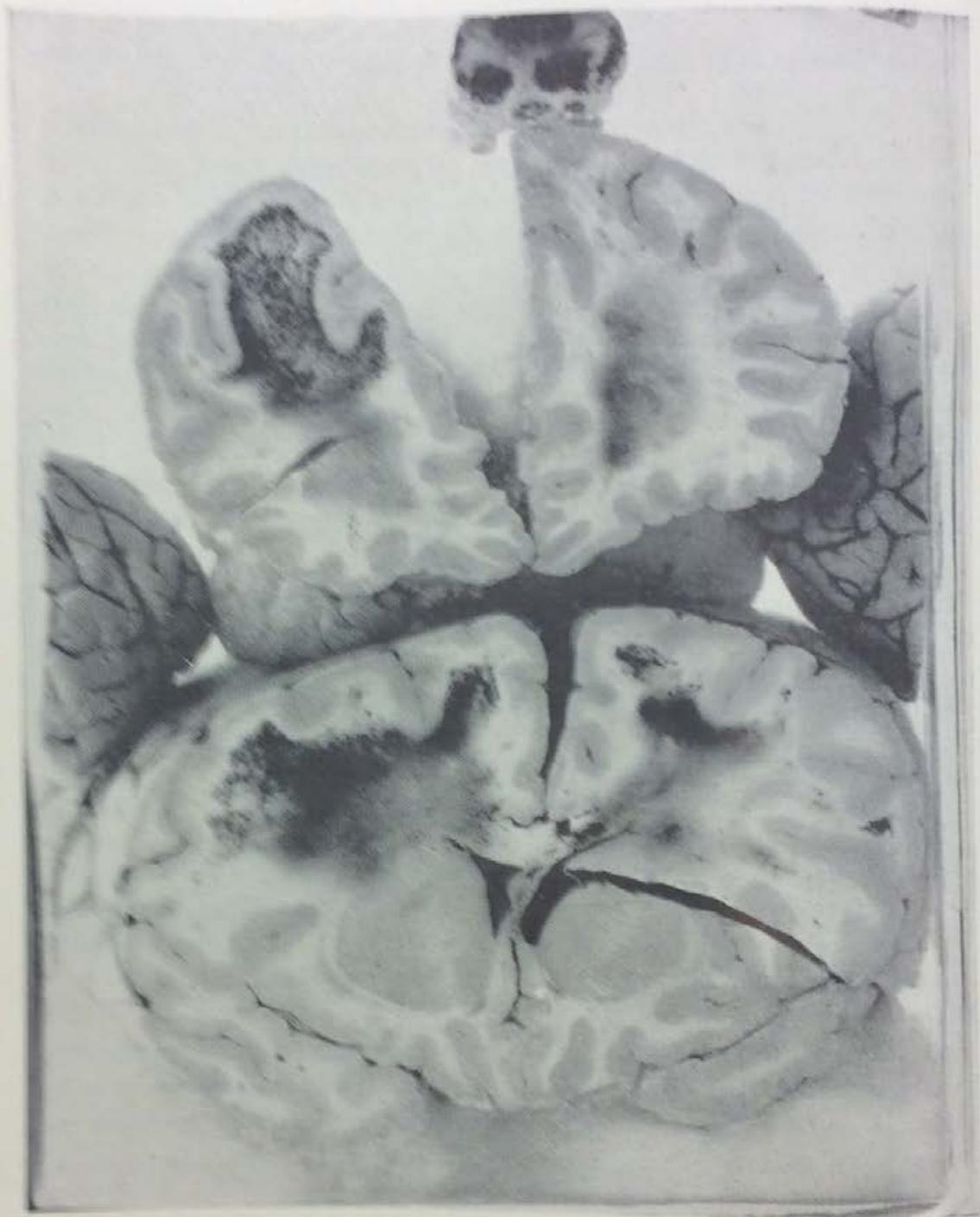


Fig. 1.—Sección vertical que muestra extensas lesiones hemorrágicas limi-
tadas a la substancia blanca.

po calloso, y en la porción anterior del mesencéfalo, circunscritas a los pedúnculos cerebrales; hacia atrás la s había en los núcleos rojos, y en dirección aún más posterior, en la porción ventral del acueducto de Silvio. La Fig. 1 muestra la existencia de esas hemorragias en el Puente de Varolio y en los pedúnculos cerebelosos. Por el contrario no existían en

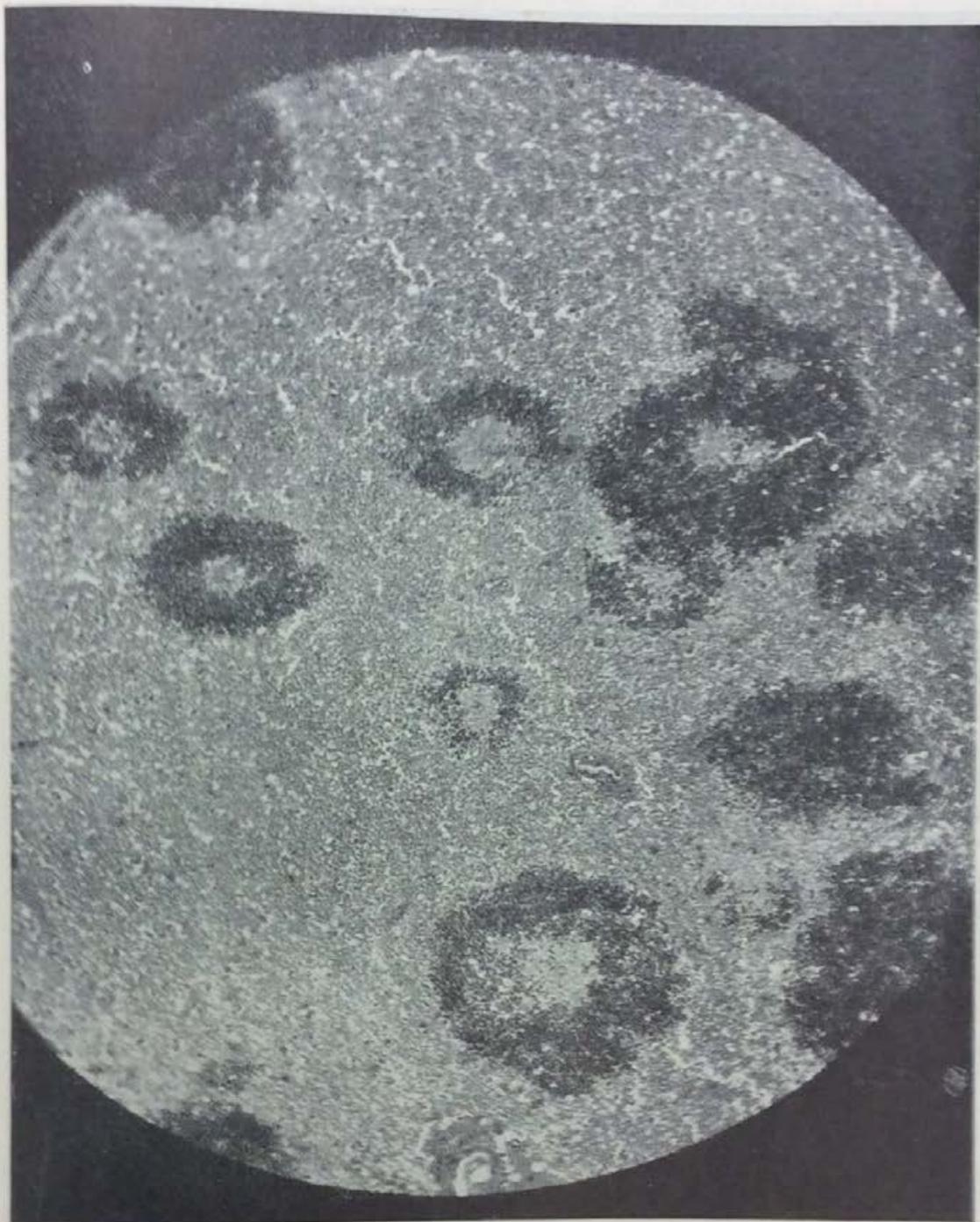


Fig. 2.—Amplificación a pequeño aumento mostrando la estructura 'anular'.

el cerebelo mismo. En las pirámides se observaban hemorragias puntiformes; en cambio eran pocas en la región hipotalámica y por debajo de la pia-madre, sobre la corteza cerebral.

Microscópicamente las lesiones aparecían en la forma de "hemorragias anulares" (Fig. 2). Bajo el gran aumento (Fig. 3), en el centro de

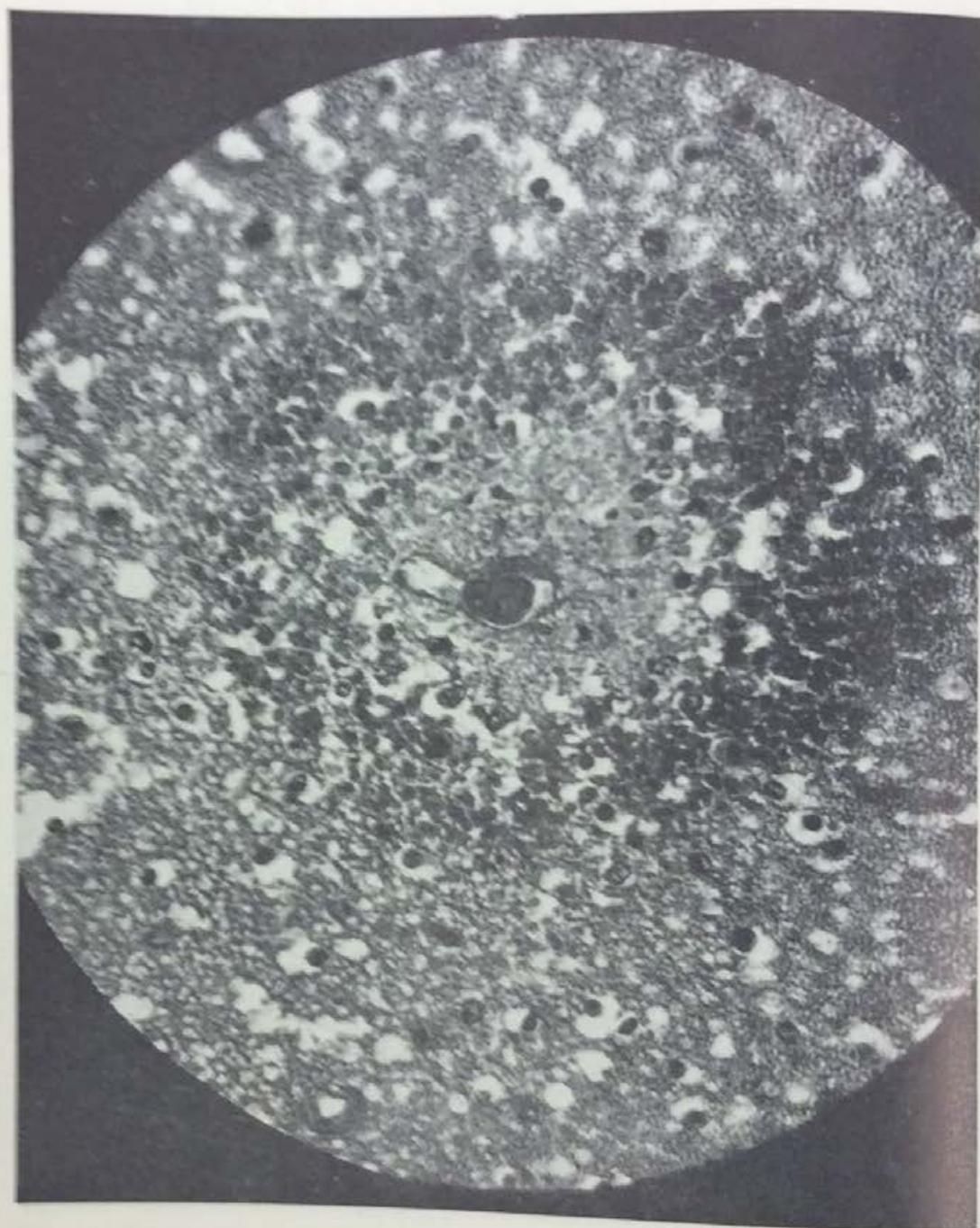


Fig. 3.—Amplificación a gran aumento mostrando los precapilares con hemorragias capilares "anulares".

cada hemorragia se observaba un precapilar lleno de trombos de apariencia hialina y teñidos con la eosina. Las células endoteliales de los capilares centrales estaban tumefactas y visibles. Alrededor de los precapilares centrales había una zona de células neuróglícas, sin hemorragias y circunscribiendo esa zona se notaba un anillo de eritrocitos en excelente estado de conservación. No había evidencia de inflamación leucocitaria crónica o aguda.

Se llevó a cabo un minucioso estudio de los tejidos en el Laboratorio Neurológico del Hospital "Mount Sinai" de Nueva York.

Histología: Las meninges.—Se encontraban un poco más gruesas. En algunos lugares la membrana aracnoides era más densa, con células amontonadas formando placas. Los vasos de la pia-madre estaban dilatados y llenos de sangre. A trechos se notaba la presencia de hemorragias por debajo de la pia-madre y en esta última pequeñas células redondas.

Corteza Cerebral: Sólo la presencia de algunas células ganglionares demostraba los cambios patológicos. En los lugares donde estos se habían efectuado se notaba engrosamiento de los núcleos y una ligera atenuación de los procesos celulares. La coloración por el sublimado de oro de Cajal mostró un aumento de los astrocitos con algunas células de Hortega diseminadas. La materia gris no presentaba ninguna hemorragia. Los únicos cambios vasculares que se notaron fueron una ligera congestión y tumefacción del tejido endotelial de los mismos.

La Substancia Blanca. Puntos hemorrágicos se observaban en todo el espesor de la subcortical. Dichas extravasaciones sanguíneas tomaban la forma de anillos con un área central bien marcada. También se observaban focos hemorrágicos de carácter aparentemente globular sin áreas centrales claras. Había una gliosis marcada y una notable evidencia de movilización de las células neuróglícas alrededor de los vasos sanguíneos.

Médula-oblongata. Sólo accidentalmente se encontraron en ésta hemorragias en los haces de fibras largas. Los vasos de la sub-cortical presentaban, en regiones, congestión moderada, pero ya en el espesor de la substancia blanca se observaban alteraciones de las paredes de los mismos. Por colapso de dichas paredes, la luz de los vasos había desaparecido. La capa endotelial estaba tumefacta, las células individuales alteradas, y fijaban los colorantes muy mal. En algunos vasos había descamación de las células endoteliales a tal grado que la luz de los vasos parecía estar llena de leucocitos (infarto leucocitario). Uno que otro vaso mostraba infiltración perivascular de grandes células endoteliales y, en algunas regiones, dilatación de los espacios *perivascuales*, que sugerían la presencia de edema. Una pequeña área mostraba desorganización del estroma que rodea

los vasos en el cual se encontraban leucocitos y grandes células redondas con citoplasma vacuolar (células de Gitter). Algunos de los grandes vasos presentaban a su alrededor substancia hialina.

El estudio completo de las "hemorragias anulares" no confirmó la presencia de vasos rotos. Los glóbulos rojos del anillo se encontraban intactos y en muchos casos estaban contenidos aquéllos en un vaso central. A veces pequeñas ramas capilares de estos vasos centrales (o precapilares) irradiaban hacia los "anillos hemorrágicos". También contenían esos capilares eritrocitos. Las llamadas zonas centrales libres, no se encontraban completamente exentas de alteraciones morbosas. Una especie de red de fibrina rodeaba el vaso central e irradiaba a cortas distancias de la "hemorragia anular".

Las vainas mielínicas aparecían normales excepto en los lugares donde había focos hemorrágicos. En este caso se veían tumefactas, torcidas, y

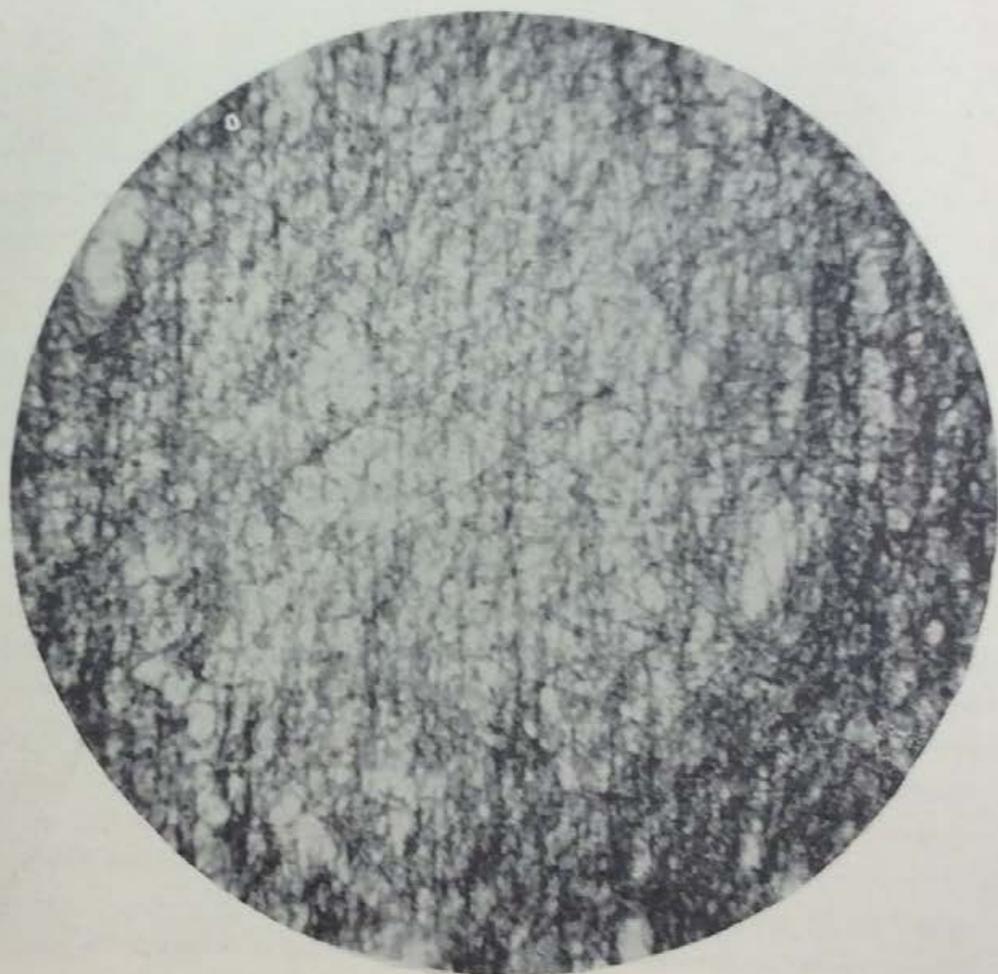


Fig. 4.—Coloración de la vaina mielínica que muestra los cambios de dicha vaina en un foco hemorrágico.

su cantidad se encontraba considerablemente disminuída. (Fig. 4). Las vainas mielínicas distantes de las hemorragias también aparecían un poco adelgazadas. Se confirmó la presencia de glóbulos de grasa alrededor de algunos vasos sanguíneos, pero su número era escaso. Los astrocitos eran grandes con tendencia a ser fibrosos, y numerosos. Los cilindro-ejes parecían atravesar las regiones hemorrágicas con ligera interrupción.

Por el estudio ulterior de la lesión en el glóbulo frontal izquierdo, cuyas lesiones no se parecían, grosso-modo, a las del lado opuesto, se comprobó que presentaban la misma histopatología.

Conclusiones: Las hemorragias fueron ocasionadas por diapedesis. En apoyo de esto tenemos: (1) no se encontraron vasos sanguíneos rotos. (2) las paredes de los vasos, intactas aunque lesionadas, (3) el hecho de que las vainas mielínicas y los cilindro-ejes atravesaban las regiones hemorrágicas siendo lesionadas solamente en grado muy ligero, (4) lo intacto de los glóbulos rojos, sin formación de coágulo.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Al síndrome clínico lo constituía una inflamación del sistema nervioso central. La extracción de un líquido céfalo-raquídeo sanguinolento en la primera punción y claro en la segunda, conteniendo únicamente elementos sanguíneos, hablan en favor de un proceso parenquimatoso, probablemente hemorrágico. También hablan en favor de este proceso el carácter de la resistencia del cuello que no se parecía al observado en la meningitis verdadera, o reacción meníngea provocada por cualquier causa. Dicha resistencia del cuello era la de un tono plástico ligeramente aumentado, tal como puede observarse en las enfermedades del sistema extrapiramidal. La actitud del enfermo sugería el fenómeno de rigidez descerebrada, que a su vez sugiere la presencia de complicaciones parenquimatosas, especialmente de los pedúnculos cerebrales, aunque también se observan en la meningitis tuberculosa (16). En general la aparición de una enfermedad aguda y fulminante del sistema nervioso, con fiebre alta, sin una manera notable la presencia de encefalitis parenquimatosa difusa, y si el líquido céfalo-raquídeo es normal (o con muy ligera pleocitosis en proporción con el grado de enfermedad) o hemorrágico, entonces es muy probable la presencia de encefalitis hemorrágica.

El tipo clásico de encefalitis epidémica generalmente no presenta las violentas reacciones anatómicas observadas en las formas hemorrágicas masivas, y el líquido céfalo-raquídeo comunmente presenta una respues-

ta linfocítica característica aunque moderada. Cuando existe rigidez tística del cuello, se presenta el problema de diagnóstico diferencial con la meningitis, cosa que debe considerarse de una manera más detenida. Sin embargo, esta última puede existir en la encefalitis epidémica, en la hemorrágica, es decir en las formas atípicas de encefalitis. En un caso observado recientemente de encefalitis hemorrágica (no consecutiva a la administración de arsfenamina) la rigidez del cuello era muy intensa, a pesar de la existencia de una pleocitosis muy ligera en el líquido céfalo-raquídeo. En vista de la severidad de la reacción anatómica, deben considerarse, en el diagnóstico diferencial, otros estados patológicos, inclusive la encefalitis supurativa, (absceso cerebral), que deberán ser excluidos por la ausencia de características especiales en el líquido céfalo-raquídeo, por los resultados del examen neurológico, y por los antecedentes patológicos. En el presente caso, la existencia previa de un absceso axilar recientemente curado, así como también de una infección urinaria, complicaron el diagnóstico, como lo hizo también el engañoso antecedente de "espasmos" del brazo derecho.

El intervalo entre la última dosis de arsfenamina y el principio de los síntomas de la encefalitis, en el presente caso, fué extremadamente largo. Sin embargo, se conocen casos con intervalos aún más largos. Lo usual es de 12 a 144 horas después de la inyección (1). No hay seguridad de que no se haya administrado arsfenamina a la enferma entre la última inyección y el principio de los síntomas.

Se sabe que padecía una infección génito-urinaria, y como la encefalitis hemorrágica puede ocurrir en el curso de otras infecciones lo mismo que en su forma primitiva (probablemente debida a un virus) es posible que la presencia de la infección, por la toxemia que ésta produce, favorece el desarrollo de la encefalitis. No había pruebas de una infección cerebral metastásica. Es significativo el hecho de que la enferma no tenía sífilis, que es, por supuesto, la principal causa de la administración de arsfenamina. Esto robustece la teoría de que la sífilis por sí misma no tiene que ver nada con la encefalitis hemorrágica consecutiva a la administración de dicho compuesto, (1, 4).

El desarrollo de los síntomas en esta enferma principió después de "unas cuantas" inyecciones. Esto es lo que se observa comunmente. (1). El hecho de que reaccionó de manera adversa a cada inyección, podría indicar que dichas reacciones debieran tomarse seriamente como índice de una complicación grave.

Aunque podría persistir alguna duda científica, razonable, en lo que se refiere a la relación directa de la encefalitis, en este caso, con la tera-



BI-YO-CLICOL

INFANTIL
REG. N° 15385. D.S.P.



ADULTOS
REG. N° 14926 D. S. P.-

INDOLORO.

SIFILIS
EN TODOS SUS PERIODOS
BISMUTO en FORMA
ANIONICA
ELECTRONEGATIVA

Sanyyn

MUESTRAS Y LITERATURAS:
SANYN, APARTADO 2612 - MEXICO, D.F. -

Sigma

PRODUCTO
Sanyyn

PARA EL
TRATAMIENTO
ORAL CLASICO DE LA
LUES INFANTIL
HEREDITARIA ó ADQUIRIDA.

COMODO, ECONOMICO,
TOLERABLE Y EFICAZ.

Sanyyn CIA. MANUFACTURERA QUIMICA, S.A.
APARTADO - 2612 - MEX. D.F.
REG. N° 13146. DSP.

MUESTRAS Y LITERATURA A
DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS

Usese exclusivamente
por prescripción y bajo la
vigilancia médica.

péutica arsfenamínica, la reacción característica de los tejidos casi confirma dicha relación.

Discusión de la Patología: El arsénico, en combinación orgánica, y en un pequeño número de casos, ejerce una acción específica sobre los capilares de la sustancia blanca del cerebro y de la médula espinal, que conduce a la hemorragia. La condición en la cual dichas hemorragias miliares ocurren, consecutivas a la administración de compuestos arsenicales orgánicos, ha sido, con frecuencia, llamada "encefalitis hemorrágica aguda". Las hemorragias se limitan con frecuencia al centro oval, al cuerpo calloso y a la cápsula interna. A veces se presentan en la sustancia gris del cerebro, pero cuando esto sucede, son más abundantes en los ganglios basales, especialmente en el tálamo y a veces en los núcleos caudado y lenticular. La lesión histopatológica consiste en un capilar o precapilar con su endotelio tumefacto o destruido. Generalmente la luz del vaso se encuentra obstruída por un trombo hialino. Inmediata a los vasos existe un área de necrosis, completamente rodeada por un grupo de células de neuroglia arregladas en forma de palizada (Spielmeyer). Más allá del collar de células de neuroglia, que (según Alpers) son oligodendroglías, se encuentra una faja circular amplia de glóbulos rojos. No hay evidencia de ninguna reacción leucocitaria aguda o crónica. Por esta razón, Globus y Ginsberg llaman a esta condición patológica "encefalorragia pericapilar". Las hemorragias anulares, según dichos autores, son debidas a la rotura de pequeños capilares que rodean a los precapilares. Toman la forma de un anillo parcial o completo, según el grado de destrucción capilar. Estas hemorragias se presentan en otros estados patológicos del cerebro; por ejemplo, en tumores cerebrales y lesiones inflamatorias; también se les observa adyacentes a extravasaciones más extensas. Pero es el predominio de dichas hemorragias que hace esta lesión característica de la encefalitis consecutiva a la administración de arsfenamina.

Existen diferentes opiniones en lo que se refiere a la estructura exacta de los focos hemorrágicos en el sistema nervioso central. Schmidt (citado por Alpers) (3) creía que el origen de dichos focos era una hemorragia perivascular resultante de la diapedesis de glóbulos rojos consecutiva a la lesión el vaso. La impresión que le causó la presencia de eritrocitos en estas áreas le surgió la aplicación del término "encefalitis hemorrágica" a esta condición patológica. Por otra parte, Spielmeyer pensó que los focos arriba mencionados son independientes de las hemorragias y que el factor importante es una necrosis central considerada como resultado de la lesión de los vasos, ya sea de origen tóxico o infeccioso. Alpers, de acuerdo con Spielmeyer daba énfasis a la necrosis perivascular y sugirió

el término de "necrosis medular perivascular". En el caso de nuestra enferma, claramente predomina la hemorragia pericapilar, y como no hay pruebas histológicas concluyentes de reacción inflamatorias, el término propuesto por Globus y Ginsberg es probablemente el que mejor se adapta a la anatomía patológica.

PROFILAXIS Y TERAPEUTICA:

Medidas profilácticas. Las siguientes han sido sugeridas por varios autores:

- 1 —La arsfenamina no debe ser administrada a enfermos cuyos riñones estén en malas condiciones.
- 2 —Debe tenerse el mayor cuidado y usarse la mejor técnica en la preparación y administración de la droga. Se recomienda que la solución sea espontánea y lenta y administrada despacio.
- 3 —Debe administrarse, dos días antes de la inyección de arsfenamina, sulfato de federina (50 mg. diarios).
- 4 —Debe inyectarse, por vía hipodérmica, quince minutos antes de la inyección de arsfenamina, sulfato de atropina, 1/150 grs. Este ha sido considerado superior a la adrenalina como medida profiláctica (15).

Medidas curativas: Se han sugerido las siguientes:

- 1 —*Contra los fenómenos tóxicos* (a) clorhidrato de adrenalina, 1 por 1000, 1 c.c. cada dos horas, por vía intramuscular y hasta que desaparezca la intoxicación; (b) tiosulfato de sodio al 10%, 10 c.c. por vía endovenosa, de dos a tres veces al día; (c) solución de glucosa al 50%, por la misma vía que el tiosulfato, dos veces diarias; (d) enemas de glucosa al 1%.

Bl.—*Sedantes*: Pueden usarse en el período de inquietud: morfina, codeína, barbituratos, amital sódico, éter y cloroformo.

- 3 —*Tonicardíacos*: Puede hacerse uso del aceite alcanforado, la digital, la cafeína y de otros estimulantes.

- 4 —*Reducción de la presión intracraneal*: Pueden emplearse: la punción raquídea o cisternal diariamente, glucosa al 50% en solución salina por vía endovenosa, y la descompresión quirúrgica. También puede usarse la solución hipertónica de sulfato de magnesio por vía rectal.

Milian considera la encefalitis consecutiva a la inyección de arsfenamina como un síndrome angioneurótico análogo a la reacción provocada por los nitritos. Cree así mismo que la insuficiencia suprarrenal resultante de la lesión del simpático por la arsfenamina es un factor etiológico en la producción de la entidad nosológica que nos ocupa. Algunos creen

que las suprarrenales son lesionadas directamente. Esta es la base para la administración de adrenalina a grandes dosis. Rovatt llamó la atención, en 1920, sobre lo inútil de la administración de tiosulfato de sodio en cierto número de intoxicaciones metálicas, tales como las producidas por el arsénico, el plomo, el mercurio, el bismuto y el cobre. Mc Bride y Dennie informan haber obtenido muy buenos resultados con el uso de tiosulfato de sodio en las complicaciones provocadas por la administración de arsfenamina.

Conclusiones: Ha sido presentado y discutido desde los puntos de vista clínico y patológico, un caso de encefalitis hemorrágica (encefalorragia pericapilar) consecutiva al tratamiento de una infección urinaria por la arsfenamina. Se cree que aun cuando una complicación grave de este tipo es poco frecuente en la terapéutica arsfenamínica en general, deben aconsejarse precauciones especiales en el uso de los derivados de la arsfenamina en el tratamiento de infecciones urinarias, que implican dos peligros especiales en el padecimiento que se esté tratando de curar: 1o. la presencia de infección con toxemia; 2o. la presencia o inminencia de un cierto grado de trastornos renales.

BIBLIOGRAFIA

1. Glaser, M. R.; Imerman, C. P.; Imerman, S. W.: So-called Hemorrhagic. Encephalitis and Myelitis Secondary to Intravenous Arsphenamines. *Am. J. M. Sc.* 189: 64-79 (Jan.) 1935.
2. Baker, A. B.: Nonsuppurative Forms of Encephalitis. *Arch. Path.* 19:213-232 (Feb.) 1935.
3. Apers, B.: So-called "Brain Purpura" or "Hemorrhagic Encephalitis"; Clinicopathologic Study. *Arch. Neurol. and Psychiat.* 20:497-523 (Sept.) 1928.
4. Globus, J. H. and Ginsberg, S. W.: Pericapillary Encephalorrhagia Due to Arsphenamine; so-called Arsphenamine Encephalitis. *Arch. Neurol. and Psychiat.* 30:1226-1247 (Dec.) 1933.
5. Netherton, E. W.: Hemorrhagic Encephalitis (Serous Apoplexy) following Administration of Neosalvarsan. *M. Clin. North America* 17:1005-1015 (Jan.) 1934.
6. Osterberg, A. E.; Kernchan, J. W.: Presence of Arsenic in Brain and Its Relation to Pericapillary Hemorrhages or or So-called Acute Hemorrhagic Encephalitis. *Am. J. Clin. Path.* 4:362-369 (July) 1934.
7. Levinson, A.; Sophir, O.: Fulminating Hemorrhagic Encephalitis. *Am. J. M. Sc.* 190:42-51 (July) 1935.

8. Hassin, G. B.: Acute Hemorrhagic Encephalitis. Med. Rec. (Feb. 6) 1909.
9. Miller, J.: Acute Hemorrhagic Encephalitis. Ontario J. of Neuropsychiatry. (Dec.) 1925.
10. Shafer, R. J.: Nonsuppurative Encephalitis. J. A. M. A. 106:699-701 (Feb. 29) 1936.
11. McBride, W. L. and Dennie, C. C.: Treatment of Arsphenamine Dermatitis and Certain Other Metallic Poisonings. Arch. Dermat & Syph. 7:63-76 (Jan.) 1923.
13. Scott, E. and Moore, R. A.: Fatalities Following Use of Arsphenamine. Am. J. Syph. 12:252-262 (April) 1928.
14. Stokes, J. H.: Critical Treatment Problems in Today's Syphilology. J. A. M. A. 94:1029-1035 (April 5) 1930.
15. Stokes, J. H.: Atropin and Induced Antianaphylaxis. J. A. M. A. 72:241 (Jan. 25) 1919.
16. Wechsler, I. S.: A Textbook of Clinical Neurology. W. B. Saunders Company, Phila. 1932.

EL MEJOR PREPARADO A BASE DE BISMUTO

SIFILIS EN TODOS SUS PERIODOS Y MANIFESTACIONES: SIFILIS HEREDITARIAS, FIEBRES TIFOIDEAS Y PARATIFOIDEAS



MUESTRAS Y LITERATURA SOLICITENSE AL APDO. 1393.—MEXICO, D.F.

REVISTA CLINICA

Observaciones interesantes recogidas en el Sanatorio del Dr. Ramírez Moreno

Por el Dr. CARLOS PAVON A.

EPILEPSIA INFANTIL

Hemos estudiado dos casos de epilepsia infantil; uno de los enfermos, de 7 años de edad, presenta periódicamente crisis subintrantes rebeldes a toda terapéutica.

LA HEMATOPORFIRINA Y LOS SINDROMES DEPRESIVOS

El tratamiento de los síndromes depresivos y melancólicos por la hematoporfirina nos ha proporcionado resultados halagadores; en varios casos de melancolía tratados por este método la mejoría ha sido progresiva y sostenida. Usando la hematoporfirina en una enferma afecta de Psicosis Maníaco Depresiva de forma intermitente se comprobó el acortamiento y la atenuación de los síntomas de la fase depresiva. Conviene en esta última categoría de enfermos, manejar con cuidado las dosis de hematoporfirina, pues con un tratamiento mal dirigido se corre el peligro de precipitar la aparición del síndrome maníaco.

GLIOMA DIFUSO DE LA CORTEZA CEREBRAL

Se estudió en la Consulta Externa a una enferma con Síndrome de Bravais-Jackson cuyas primeras crisis fueron de epilepsia hemipléjica derecha, comenzando las convulsiones por la mano correspondiente. Varios días después las crisis convulsivas quedaron localizadas exclusivamente al lado derecho de la cara y se acompañaron además, de disfasia accentuada, comprobándose en el intervalo de los ataques, el síndrome de Kojewnikow o epilepsia parcial continua. Si hizo el diagnóstico de un tumor cerebral de la corteza situado en la parte inferior de la frontal ascendente izquierda y en el opérculo rolándico. Propuesta la intervención quirúr-

gica se practicó una craniectomía temporal izquierda encontrándose un glioma difuso de la corteza que invadía las frontales tercera y cuarta y la parietal ascendente. El resultado de la operación fué enteramente satisfactorio.

ENFERMEDAD DE LOS TICS

Han sido atendidos en la Consulta Externa varios casos de enfermedad de los tics; en uno de ellos particularmente se presentaban todos los síntomas que identifican a la enfermedad de Gilles de la Tourette.

LA SULFO-CRISOTERAPIA EN LA ESQUIZOFRENIA

El tratamiento de los síndromes esquizofrénicos con el aceite azufrado asociado a la crisoterapia ha proporcionado algunas remisiones, en contra de muchos casos en que el método ha fracasado.

TUMOR DEL ESPACIO INTERPEDUNCULAR

Ha sido estudiada una enferma portadora de parálisis completa del motor ocular común izquierdo que se acompañó primitivamente de paresia del lado opuesto realizando un síndrome de Weber esbozado. La terapéutica específica que se instituyó no sólo no atenuó el cuadro clínico, sino que éste se agravó con la aparición en poco tiempo, de parálisis del III par del lado opuesto. Esta oftalmoplegia bilateral, evolutiva y resistente al tratamiento habitual, se acompañó posteriormente de cefalea, hipersomnia y obrusión intelectual. En vista de esta sintomatología se hizo el diagnóstico de un tumor de la base del cerebro localizado en la parte inferior del espacio interpeduncular donde emergen los nervios oculares comunes.

LA ESTELECTOMIA EN LAS ATROFIAS PAPILARES

La extirpación del ganglio estelar de la cadena cervical del Gran Simpático preconizada en las atrofiyas ópticas por neuritis, fué practicada en dos de nuestros enfermos portadores de Tabes con atrofia óptica y que habían terminado el tratamiento piritógeno que fueron sometidos sin que la lesión óptica se mejorara. No obstante que el síndrome de Bernard-Horner postoperatorio (enofthalmía, midriasis, congestión conjuntival y disminución de la abertura palpabral) fué evidente en ambos casos, la agudeza visual no sufrió ninguna modificación, debido probablemente a que la intervención quirúrgica se practicó cuando la atrofia de las fibras era completa.

NEUROTONINE

REG. 15314

SEDANTE. HIPNOTICO. ANTIESPASMODICO.

FORMULA :

Sal sódica de ácido Dietibarbítúrico 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.

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 BIOL-
GICAMENTE 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 intereso por la sal MERCUROBROMO—OXIFLUORESCEINA y deseo
que me remita libre de portes una muestra (frasco de 1 gramo) para experimentación.

Nombre.....

Dirección.....

Estado.....

CUPON

NOTAS SINTETICAS

Por el Dr. JUAN
PEON DEL VALLE

ESTUDIOS ENCEFALOGRAFICOS EN LA ESQUIZOFRENIA

De día en día ganan terreno los padecimientos orgánicos en el campo de la psiquiatría, y nada tiene pues de particular la tendencia a buscar las lesiones en los padecimientos sobre los cuales se han bordado hipótesis tan fantásticas. Los factores psicógenos tendrán que ocupar el lugar que les corresponde. Guerner, Fajardo, Yahn y Silva (Memorias del Hospital de Juquerí, núm. 11 y 12, 1935), llegan a las siguientes conclusiones.

1o.—En nuestros ocho casos, había atrofia de la corteza cerebral de la zona fronto-parieto-occipital, siendo muy intensa en tres, intensa en cuatro y moderada en uno (en el cual la cantidad de aire inyectada fué pequeña).

2o.—En los siete pacientes en los que la atrofia referida fué más intensa, predominó claramente en el lóbulo parietal, y en el que la atrofia fué moderada existió sólo en ese lóbulo.

3o.—Fué anotada intensa dilatación ventricular en dos pacientes, y moderada en uno.

4o.—Fué observado aumento del tamaño de las cisternas basales en cinco casos, siendo muy intenso en dos, moderado en dos y simplemente intenso en uno.

5o.—Los dos casos en que fueron verificadas alteraciones globales, fueron justamente los dos únicos casos antiguos de la serie, con larga evolución de la enfermedad.

6o.—El paciente más reciente de la serie, en remisión cuando se le hizo la encefalografía y cuya enfermedad databa más o menos de un año, presentaba ya intensa atrofia cortical.

7o.—Pocas veces en nuestros encefalogramas pudimos observar una

demarcación nítida de la ínsula de Reil y no nos juzgamos autorizados para sacar cualquier conclusión derivada del aspecto presentado y relativa al estado anatómico de esa región.

Extracto de Cunha-Lopes en los "Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria", Río de Janeiro, núm. 5, oct. 1935.

NUEVA TESIS

Nuestro discípulo el Dr. José Hernández Sánchez, dirigido por el Prof. Dr. Felipe Santos Vallejo, presentó interesante tesis recepcional acerca del tratamiento de las hemorragias cerebrales por medio de la autohemoterapia, procedimiento que se está generalizando aquí y en otros países, aun cuando todavía se desconoce el mecanismo de acción del método. (México, 1936).

INTERESANTES TRABAJOS RECIENTES

"Defectos de los campos visuales como factores decisivos en las lesiones del lóbulo temporal, simulando ataque cerebelar". A. Gordon. "The Journal of Nervous and Mental Diseases", octubre 1935.

"Las funciones vestibulares del lóbulo frontal con el cuerpo estriado". L. J. J. Muskens. Revue d'Oto-Neuro-Ophthalmologie. París.

"Dissinergia cerebelar mioclónica o forma cerebelar de la mioclonopilepsia de Unverricht". La Riforma Medica. Nápoles, Italia, agosto de 1935.

"Anatomía Macroscópica de los tumores del sistema nervioso central y periférico". Trabajos de histopatología de la Junta para ampliación de Estudios. Madrid, España.

HIPERTONIA EXTRAPIRAMIDAL LATENTE

Noica y Draganesco experimentaron un test para sorprender la rigidez muscular latente. El fenómeno consiste en doblar lenta y continuamente la articulación del puño, estando el sujeto en relajación muscular completa. Ordenando al sujeto que levante algunas veces el miembro inferior correspondiente, aparece rigidez de la articulación radiocarpiana; mientras el sujeto levanta o desciende el miembro, lenta y continuamente, la articulación del puño no puede ser movida, pero en cuanto descansa el miembro inferior en el lecho, la movilización pasiva del puño es po-

LABORATORIO DEL DR. GERARDO VARELA

Exámenes Bacteriológicos
Exámenes de Química Médica
Pruebas Funcionales, etc.

San Juan de Letrán, 25
Edificio Cook

Tel. Ericsson 3-39-99
México, D. F.



LABORATORIOS PRODIETA, S. A.

FABRICANTES DE
PRODUCTOS DIETÉTICOS, ALIMENTICIOS Y DE RÉGIMEN

Al Comenzar sus Actividades, Saludan al
H. CUERPO MEDICO MEXICANO.

MIGUEL E. SCHULZ NUM. 27 A.

MEXICO, D. F.

FOSFOMALT. CHODOVIOL. MALTOCAL. MALTORIZA. EULAC. LEMALT.
PRODUCTOS NACIONALES.

Propaganda exclusivamente Médica.

sible. Los autores piensan que este fenómeno caracteriza lesiones de los núcleos centrales motores, e investigándolo en parkinsonianos y pseudo-bulbares concluyen en su especificidad y constancia. Según Euridice Borges-Fortes, esta prueba semiológica consiste en provocar un bloqueo de la articulación del puño con movilización lenta y continua del miembro inferior del mismo lado. Los autores hacen una amplia consideración de la fisiopatología de la rigidez muscular latente.

PROGRAMA DEL SEGUNDO CONGRESO INTERNACIONAL DE HIGIENE MENTAL

París, del 19 al 23 de julio de 1937.

CONTENIDO :

- 1o —Organizadores del Congreso.
- 2o —Sesiones del Congreso.
- 3o —Programa de las sesiones.
- 4o —Recepciones, excursiones, visitas.
- 5o —Exposiciones de Higiene Mental.
- 6o —Inscripciones para el Congreso.

1o.—Organizadores.

Presidente Honorario: Dr. Henri Claude.

Presidente del Congreso y del Comité Ejecutivo: Dr. Eduard
Toulouse.

Vice-Presidente del Comité Ejecutivo: Dr. Auguste Ley.

Secretario Permanente: Mr. Clofford W. Beers.

Tesorero: Robert Demachy.

Presidente del Comité del Programa: Dr. René Charpentier.

Vice-Presidente del Comité del Programa: Dr. Auguste Ley.

Presidente del Comité de Organización y Publicidad: Dr. Jean
Lépine.

Vice-Presidente del Comité de Organización y Publicidad: M. Joseph
Delaitre.

SEGUNDO CONGRESO INTERNACIONAL DE HIGIENE MENTAL

París, julio 19-23, 1937.

El Segundo Congreso Internacional de Higiene Mental, se celebrará en París, del 19 al 23 de julio de 1937.

2o.—*Sesiones del Congreso.*

Mientras dure el Congreso, se celebrarán dos sesiones diarias, una en la mañana y otra en la tarde. En cada sesión habrá tres conferencias, que tratarán de tópicos relacionados entre sí. Cada orador tendrá derecho a 16 páginas impresas y a 15 minutos, en los que hará un resumen oral de su conferencia.

Cada conferencia será seguida de una discusión y comunicaciones orales acerca de los principales puntos tratados en ella. Los oradores que tomen parte en esta discusión y los autores de las comunicaciones, tendrán derecho a 6 páginas impresas y a 5 minutos de exposición oral.

Los textos de las conferencias y de las comunicaciones, deberán ser enviados, escritos a máquina, al Presidente del Comité de Programa ANTES DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1936. Los siguientes idiomas podrán ser usados en las publicaciones del Congreso: INGLÉS, FRANCÉS, ALEMÁN, ITALIANO, PORTUGUÉS Y ESPAÑOL. Cada manuscrito se acompañará de un resumen de 15 ó 20 renglones en ambos idiomas, francés e inglés.

Las solicitudes para tomar parte en las comunicaciones y discusiones, sólo podrán ser aceptadas en los límites del tiempo fijado. Será necesario hacer la solicitud por adelantado al Presidente del Comité del Programa, Dr. René Chapentier, 119, rue Perronet, Neully sur-Seine, Seine, France y se recomienda que sea hecha antes del 1o. de ENERO DE 1937.

3o.—*Programa de las sesiones.*

Este programa preliminar sólo contiene una indicación de los tópicos que serán tratados en el Congreso y la lista de oradores. El Programa completo de las sesiones, con la lista de los miembros del Congreso designados para la discusión de las conferencias, o para las comunicaciones, será elaborado próximamente.

La Medicación a Base de Valeriana
de Buen Sabor y de Buen Olor:

SPASMINE JOLLY

[Valeriana Fresca, Estabilizada, Oxiacanto; Curacao]

No. 7148 D. S. P.

Laboratoire LOUIS JOLLY

1, RUE CHRISTINE, 1, PARIS (6EME)

OFICIO FARMACEUTICO MEXICANO, S. A.

Av. Chapultepec No. 153

Apartado No. 2432

MEXICO, D. F.

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

●

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

LUNES 19 DE JULIO DE 1937.

9 hs.—*Primera Sesión. Sesión Inaugural.*

- 1o —Discurso por el Presidente de la Sesión.
- 2o —Discurso por el Dr. Eduard Toulouse, Presidente del Segundo Congreso Internacional de Higiene Mental.
- 3o —Reportaje por el Sr. Clifford W. Beers, Secretario General del Comité Internacional de Higiene Mental.
- 4o —Reportaje por el Dr. Georges Genil-Perrin, Secretario General del Segundo Congreso Internacional de Higiene Mental.
- 5o —Las Bases Científicas de la Higiene Mental.
Orador: Dr. André Repond (Malevoz-Monthey, Suiza).

14 15 hs.—*Segunda Sesión.*

- 1o —Condiciones y papel de la Eugenesia en la prevención de las Enfermedades Mentales.
Orador: Prof. Erns Rüdín (Munich, Alemania).
- 2o —Las Leyes de la Esterilización Eugenésica y los resultados de su aplicación.
Orador: Dr. Howard C. Taylor Jr. (Nueva York).
- 3o —La Higiene Mental del Sexo.
Orador: Dr. J. M. Sacristán (Madrid, ESPAÑA).

MARTES 20 DE JULIO DE 1937.

9 hs.—*Primera Sesión.*

- 1o —La Higiene Mental en la Educación Familiar.
Orador: Dr. Corrado Tumiatì (Florencia, ITALIA).
- 2o —La Higiene Mental en la Escuela y en la Universidad.
Orador: Prof. Gonzalo Bosch (Buenos Aires, ARGENTINA).
- 3o —La Legislación en relación con los Niños Anormales.
Orador: Prof. Vermeulen. (Bruselas, BELGICA).

14 15 hs.—*Segunda Sesión.*

- 1o —La Higiene Mental del Trabajo Intelectual.
Orador: Prof. Charles I. Myers (Londres, INGLATERRA).
- 2o —La Higiene Mental en la Orientación Profesional.
Orador: Prof. J. M. Lahy (París, FRANCIA).

- 3o —La Higiene Mental y la Administración Urbana.
Orador: Prof. Gustavo Modena (Ancona, ITALIA).

MIERCOLES 21 DE JULIO DE 1937.

9 hs.—*Primera Sesión.*

- 1o —El Papel de la Herencia y de la Constitución en la Etiología de los Trastornos Mentales.
Orador: Prof. Kretschmer (Marburgo, ALEMANIA).
- 2o —La Prevención de las Enfermedades Mentales y Nerviosas de origen Toxi-infeccioso.
Orador: Dr. L. Marchand (París, FRANCIA).
- 3o —El Papel de las Condiciones Sociales en el Origen de los Trastornos Mentales.
Orador: Prof. E. Mira (Barcelona, ESPAÑA).

14. 15 hs.—*Segunda Sesión.*

- 1o —El Apetito para los Tóxicos y la Lucha contra las Toxicomanías.
Orador: Prof. G. Bonvichini (Tulln, AUSTRIA).
- 2o —La Prevención del Alcoholismo.
Orador: Dr. William A. White (Washington, D. C.)
- 3o —La Prevención Social e Individual del Suicidio.
Orador: Dr. D. K. Henderson (Edimburgo, ESCOCIA).

JUEVES 22 DE JULIO DE 1937.

9 hs.—*Primera Sesión.*

- 1o —La Organización del Centro para Profilaxia Mental.
Orador: Prof. Wnoukoff (Moscú, U. R. S. S.).
- 2o —La Formación de Grupos Auxiliares Relacionados con las Organizaciones de Higiene Mental.
Orador: Prof. Sobral Cid (Lisboa, PORTUGAL).
- 3o —Comparación de las Legislaciones en Relación con la Atención Psiquiátrica.
Orador: Dr. A. Courtois (Chezal-Benoit, FRANCIA).

14. 15 hs.—*Segunda Sesión.*

- 1o —La Prevención de la Delincuencia y el Crimen.
Orador: Prof. Olof Kinberg (Saltzjobaden, SUECIA).

20 —Los Anormales y los Tribunales.

Orador: H. van der Hoeven (Utrecht, HOLANDA).

30 —Protección y Ayuda Sociales a los Delincuentes y Criminales Anormales.

Orador: Dr. Louis Vervaeck (Bruselas, BELGICA).

VIERNES 23 DE JULIO DE 1937.

9 hs.—*Primera Sesión.*

10 —Clasificación Internacional Propuesta para los Trastornos Mentales. (Nomenclatura).

Orador: Sir Hubert Bond (Londres, INGLATERRA).

20 —Unificación de las Estadísticas Psiquiátricas Internacionales.

Orador: Dr. H. Bersot (Landeron, SUIZA).

30 —Unificación de las Estadísticas Generales en las Instituciones Psiquiátricas.

Orador: Dr. M. Deruelles (Saint-Ylie, FRANCIA).

14.15 hs.—*Segunda Sesión. Sesión de Clausura.*

10 —Exposición de las investigaciones científicas más urgentes en relación con la prevención de los trastornos mentales.

Orador: Prof August Wimmer (Copenhague, DINAMARCA).

20 —Exposición de los medios recomendados para dar a conocer mejor la Higiene Mental.

Orador: Prof. J. Péritch (Belgrado, YUGOESLAVIA).

30 —Exposición de las resoluciones tomadas en el Segundo Congreso Internacional de Higiene Mental.

Orador: Dr. Georges Genil-Perrin, Secretario General del Congreso.

40.—*Recepciones, Excursiones, Visitas.*

Durante el Congreso se organizarán recepciones oficiales, excursiones, visitas a instituciones, laboratorios, y en general a todas las organizaciones dedicadas a Higiene Mental y Psiquiatría. El programa será publicado próximamente. También se llevarán a cabo excursiones después del Congreso.

50.—*Exposición de Higiene Mental.*

Hay el proyecto de organizar, cerca del lugar donde se reúna el Congreso una exposición de la historia, los métodos, los resultados, los proyectos, etc., del movimiento internacional de Higiene Mental, exposición a la cual cada país puede enviar su propio material: planos, estadísticas, etc., relacionados con las varias actividades llevadas a cabo para mejorar la Higiene Mental y para la prevención y tratamiento de los trastornos mentales.

60.—*Inscripciones para el Congreso.*

El Congreso constará de dos clases de miembros: los "Miembros Activos" y los "Miembros Socios". Los primeros tienen el derecho de presentar papeles y tomar parte en las discusiones; su cuota es de 125 francos franceses. Recibirán una copia de los papeles y reportajes del Congreso. Para ser Miembro Activo, no es necesario ser doctor en medicina.

Los Miembros Socios no tomarán parte en las discusiones de Congreso, pero podrán asistir a las sesiones y formar parte de las excursiones, visitas, etc. Su cuota es de 75 francos franceses. No recibirán ningún papel ni los reportajes de Congreso.

Para ser miembro del Congreso se necesita la aprobación del Comité. Los doctores en medicina solamente podrán inscribirse como miembros activos, pudiendo inscribir como miembros socios a sus familiares.

A las Sociedades Nacionales de Higiene Mental se les cobrará una cuota de 500 francos franceses.

Los Hospitales, Centros de Higiene Mental, Sociedades Científicas, ciertas asociaciones profesionales, pueden tomar parte en el Congreso y recibir una copia de los papeles y reportajes mediante una cuota que ha sido fijada en 125 francos franceses. Las cuotas están siendo recibidas por M. Robert Demachy, Tesorero del Segundo Congreso Internacional de Higiene Mental, en: 27, rue de Londres, París, FRANCIA.

Cualquier asunto relacionado con el Congreso podrá tratarse con el Sr. Clifford W. Beers, Secretario General del Segundo Congreso Internacional de Higiene Mental, 50 West 50 th Street, New York, City; o con el Dr. Samuel Ramírez Moreno, Vice-Presidente Honorario del Segundo Congreso Internacional de Higiene Mental, 1a. de Génova número 39, México, D. F.

CLINICA DEL
DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

ENFERMEDADES

MENTALES

Y NERVIOSAS

1a. CALLE DE GENOVA No. 39

TELEFONOS:

ERICSSON 4-20-62

MEXICANA L-72-30

MEXICO, D. F.

Tenemos el gusto de avisar al honorable Cuerpo Médico, que hemos adquirido un nuevo dispositivo para la aplicación de electropirexia, con todas las ventajas que reúnen los modelos más recientes de aparatos de diatermia.