

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL



SUMARIO:

CONFLICTOS PASIONALES. ESTUDIO
DE DIVULGACION PSICOLOGICA.

Por el Prof. Gonzalo Bosch.

HIGIENE MENTAL EN MEXICO. LABOR
QUE DEBE DESARROLLARSE. FOR-
MACION DE LIGAS Y COMITES.

Por el Dr. Samuel Ramírez Moreno.

TECNICA Y RESULTADOS DE LA ACRO-
CEFALOGRAFIA POR VIA LUMBAR.

Por el Dr. Conrado Zuckermann.

LA MENTALIDAD DE LOS CAMPESINOS
MEXICANOS.

Por el Dr. Juan Peón del Valle.

UN CASO DE RESPONSABILIDAD MEDI-
CA.

Por el Dr. Alberto Lozano Garza.

NUEVO METODO PARA PRODUCIR FIE-
BRE ARTIFICIAL.

Por el Dr. Guido Torres Martínez.

REVISTA CLINICA.

Por el Dr. Carlos Pavón A.

NOTAS SINTETICAS.

Por el Dr. Juan Peón del Valle.

DE LA PSICOSIS DEL BASEDOW.

Por el Dr. Miguel Nagy.

MARZO DE 1937

MEXICO, D. F.

VOL. III

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 18

Analgésico y sedante
Alivio inmediato del dolor



Reg. Nos. 8591 y 8592 D. S. P.
Prop. No. 1262



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.

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 18. 1o. DE MARZO DE 1937. MEXICO, D. F.

Registrado como artículo de 2a. clase con fecha 14 de julio de 1936

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.

TERAPEUTICA DEL SISTEMA NERVIOSO: Dr. Antonio Tena.

NEUROLOGIA OCULAR: Dr. Raúl A. Chavira.

FISIOTERAPIA: Dr. Guido Torres Martínez.

LABORATORIO: Dres. Luis Gutiérrez Villegas y Alberto 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.
COLIMA: Dr. Max Linares M.
CHIHUAHUA: Dr. Carlos González Fernández.
DURANGO: Dr. José Peschard.
GUANAJUATO: Dres. Alberto Aranda de la Parra y Octavio Lizardi.
GUERRERO: Dr. Baltazar Miranda, Dr. Alejandro Aguirre.
HIDALGO: Dr. José Efrén Méndez.
JALISCO: Dr. Adolfo Saucedo.
MEXICO: Dr. Rodolfo Salgado.
MORELOS: Dr. Carlos Merino E.
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.
TABASCO: Dr. J. A. Mansur.
VERACRUZ: Dr. Fernando Empanan.
YUCATAN: Dr. Eduardo Urzáis.
ZACATECAS: Dr. Arnulfo Rodríguez.

Colaboradores Extranjeros

- PERU: Dr. Honorio Delgado y Dr. Baltasar Caravedo.
ECUADOR: Dr. Julio Eudara.
ESPAÑA: Dr. Antonio Torres López.
ARGENTINA: Dr. Helvio Fernández y Dr. Gonzalo Bosch.
VENEZUELA: Dr. León Mir y Dr. J. N. Palís
ESTADOS UNIDOS: Dres. William C. Menninger, Ralph M. Fellows,
G. S. Waraich, Leo Stone y Karl Menninger,
COSTA RICA: Dr. Chacón Paut.

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.

Conflictos Pasionales

Estudio de Divulgación Psicológica

Por el Prof. GONZALO
BOSCH, de Buenos Ai-
res, Argentina

A objeto de que podamos divulgar conocimientos que condicionan la higiene mental, nos ocuparemos hoy de la personalidad con alteración de la autonomía psíquica; vale decir, dominada y dirigida por elementos extraños a la conciencia activa, que nos permite asistir, ser actores y autores de nosotros mismos, en el escenario de ese maravilloso fenómeno que se llama reflexión, que, no es otra cosa, que iluminar todos los elementos que integran la personalidad adquirida en la matriz social, con la lámpara que Ribot llamara voluntad intelectual; hemos hecho referencia a la ATENCIÓN.

Repetimos: con ella, podemos ser autores de nuestros hechos psíquicos, de donde saldrán las acciones que nos muestran, para que por medio de ellas que nos presentan en actores, podamos o puedan otros, inferir el mundo interior, visto por uno mismo o por los demás, si pretendemos analizarlos o si se nos analiza.

Advertir los elementos que desintegran nuestra conciencia reflexiva, es evitar desviaciones, es hacer higiene mental, disciplina tan poco conocida entre nosotros, cuyos métodos conviene divulgar y al hacerlo no hay duda que contribuimos a crear estados de felicidad.

El deseo o los deseos son los gritos de la especie, que como todos pueden ser de distinta intensidad, pero es necesario que nos busquemos hasta encontrarnos; muchas veces conocemos a los demás y no nos conocemos a nosotros mismos, porque no hemos pretendido conocernos, o no hemos buscado el traductor que tan útil nos hubiera sido para nuestra propia felicidad. Vivimos desconocidos y entre desconocidos y esto es lamentable, condenable y hasta perjudicial.

Los deseos insatisfechos cuando no pueden ser cumplidos, no deben matarse: porque los cadáveres de ellos se vengán descomponiéndose, ni saciarnos con ellos o sus similares irracionalmente, porque la fatiga es precursora también de la muerte.

Pensemos que en la imposibilidad de atenderlos racionalmente, podemos substituirlos por la obtención de otros elementos que nos darán también felicidad, porque lo importante es, ya que tenemos inteligencia, que se resuelvan los conflictos por medio de ella, lo que nos evitaría presentar cuadros humanos, formados por el irracionalismo, donde impera solamente la vida instintiva; y el escenario social es el artificioso medio ambiente, no natural, creado por el pensamiento y acción humanas, al que debemos adaptarnos también artificialmente, buscándonos, encontrándonos, en una palabra comprendiéndonos, de acuerdo a nuestro sentido de la felicidad y amparados por la inteligencia que orienta e ilumina el camino que por fuerza vital andamos.

El desplacer nos llevará a la tristeza, a la angustia, ansiedad, desesperación, estados morbosos que siempre tienen su determinismo, si estamos constituídos para encontrarle y más aún si un desconocido interior nos conduce. Estados producidos a veces por mal funcionamiento de cualquier órgano de la economía o factores realizadores de causalidad. Luego el acto psíquico tiene un significado, significa algo y la causa es generalmente inadvertida y descuidada y el significado hay que comprenderlo, quizá para conocer el determinante psicológico.

¿Cuál sería su intención? ... ¿Cuál el significado? Ahí está el nudo problemático.

Se dice y repite, "se queja sin motivo", esto es negar el determinismo psíquico, esto es caer en error e ignorancia lamentables y tan perjudiciales; todas las quejas deben ser oídas, las sin motivo aparente, a veces son las que deben oírse con mayor atención y buscar la causa.

El espíritu humano es espíritu de la educación e instrucción; es experiencia continuada, con amarras invisibles instintivas, que se hace conciencia, en esto consiste la racionalidad y la racionalización se lleva a cabo por la interpretación y valoración que damos a las ideas, a las palabras de distinta significación como distintos son los mundos interiores que constituyen el universo humano, donde el sentir, el pensar, el actuar, adquieren luces distintas de aurora, crepúsculo y atardecer con todos los matices intermediarios conocidos en el mundo físico, regulados en este cronométricamente, en el interior psíquico ideológicamente, marcando con sus diferentes tonalidades las diversas tensiones psicológicas.

Las palabras, nunca, jamás, imposible, absoluto, odio, entre otras,

alcanzan muchas veces para la ideación caracteres trágicos porque sus contenidos representativos de ideas-fuerzas, sugieren lo inmutable, lo irremediable; más esto es tan absurdo como sería concebir que la figura que dibuja una nube quedara hecha estatua para la inmortalidad del tiempo. Quien tal pensara, desconocería que el viento la hace y la deshace por la influencia del sol y que todo responde al magnífico dinamismo de la vida.

Los estados pasionales no son eternos, se curan, son desórdenes de la ideación y magnificencias de las representaciones, son carencia de conocimiento y de experiencia.

La orientación que persigue el psico-análisis es la investigación sobre el pansexualismo, luego la represión, es decir la crítica que hacemos sobre todo aquello que es censurado de acuerdo a los hábitos, costumbres y normas establecidas por la Sociedad.

Otro factor, es el llamado por la Escuela Psicoanalítica de disociación ideo-afectiva, vale decir la idea no va de acuerdo con su carga afectiva normal, ya que a veces la carga se desplaza para darla a otras ideas que no corresponden.

La Escuela de Freud, robustecida por dos de sus admirables discípulos: Jung y Adler, ayudará al lector a comprendernos.

Los factores físicos y psíquicos —hacemos distinción didáctica— analizados y sobre todo comprendidos y equilibrados, pueden evitar los conflictos pasionales, que no son otra cosa que estados de anormalidad con o sin categoría de morbosidad, como son las tormentas que rompen la armonía del cielo; tan cielo y tan azul si así nos lo presenta la loca de la casa, muchas veces.

Higiene Mental Escolar en México

Labor que debe Desarrollarse
Formación de Ligas y Comités (1)

Por el Dr. SAMUEL
RAMIREZ MORENO

Este ciclo de tres pláticas sobre Higiene Mental que hoy termina, tiene por objeto desarrollar parte de la labor cultural y de divulgación que el Instituto Nacional de Psicopedagogía, por deseo expreso de mis estimados amigos los Doctores Lauro Ortega, Jefe del Departamento y Roberto Solís Quiroga, Director del Instituto, inicia dentro de las múltiples actividades que tiene a su cargo y es la Sección de Higiene Escolar la que toma la vanguardia y la que me ha invitado a exponer y a elegir estos tres temas que son encaminados a poner en práctica, parte de los preceptos, las reglas y los métodos de la Higiene Mental en uno de sus aspectos, es decir, el que se refiere a la Higiene Mental de los escolares, que preocupa y compete principalmente a la Secretaría de Educación.

Con gusto he venido a desempeñar esta labor, quebrantando en parte el aislamiento en que me he colocado, entregándome de lleno al ejercicio de mi profesión y a sabiendas de que mi contingente es pobre y no estará exento de errores, porque la labor que se está realizando y va a realizarse, es tan elevada y noble y de tan admirable utilidad, que nos conduce a quienes amamos y nos interesamos por todo lo que a la mente humana se refiere, a dar nuestro contingente y nuestra colaboración.

La primera de mis pláticas, se refirió a una información que hice sobre lo que es la Higiene Mental, su importancia, sus relaciones con otras

(1) 3a. y última Conferencia Sobre Higiene Mental, organizada por el Departamento de Psicopedagogía de la Secretaría de Educación Pública en el Palacio de Bellas Artes.

ciencias, y cómo la han venido desarrollando los principales países del globo que se preocupan intensamente por ella.

La segunda, ha tenido un carácter doctrinal, es decir, ha expresado las opiniones, los conceptos de psicólogos e higienistas mentales y los míos propios, sobre las relaciones de esta ciencia con la instrucción y la educación; los caminos que en general deben seguirse en cada una de las etapas de la vida escolar y la influencia que la Higiene Mental ha de ejercer sobre los planes de enseñanza, para que al mismo tiempo que favorezca el desarrollo intelectual y educativo del niño y del adolescente, —dentro del mayor equilibrio de su normalidad,— forme y prepare en él, al hombre sano y útil en beneficio suyo y del medio social del cual forma parte integrante.

Este tercer tema que ahora voy a tratar, es propiamente de aplicación, es decir, de lo que se está haciendo y de lo que factiblemente podemos realizar en México, en el sector que corresponde sólo a la Higiene Mental de la edad escolar, pues otros aspectos de la Higiene Mental por de más interesantes, como la Higiene Mental del trabajador, del militar, del agricultor, del presidario, del psicópata, del vesánico, etc., no corresponde propiamente estudiar y realizar a la Secretaría de Educación Pública, sino más bien al Departamento de Salubridad, a las Beneficencias Pública y Privada y a otras Instituciones oficiales y particulares, pero la labor que se está llevando a cabo por el Departamento y que debe extenderse cada día más, se inicia en las bases mismas de la Higiene Mental, es decir, en lo que se refiere a las primeras épocas de la vida del individuo. Por eso ha de preocuparnos, que al llevarla a la práctica, lo hagamos con todo el cuidado y atención posibles, pues de ésto dependerá todo lo que más adelante se haga con relación a ciencia tan importante, en los múltiples aspectos que tiene para la vida del hombre.

El trabajo por realizar es inmenso; para ello tenemos que esperar y solicitar la cooperación más entusiasta y efectiva de los médicos escolares, de los maestros y de todos aquellos elementos de la sociedad que de cerca o de lejos estén ligados a estos asuntos y se interesen por los niños.

La misión que se persigue lleva un fin noble, benéfico, útil: conservar la salud mental del escolar mexicano, prevenido de las desviaciones y desequilibrios de su psiquis y evitar en él, —hasta donde ésto sea posible,— que después sea un alienado, un criminal o un perverso. Parte de ella será de acción inmediata, como dar los cuidados y asistencia a aquellos niños que ya tienen una constitución psicopática o un padecimiento mental o nervioso de principio, pero principalmente será de profilaxis.

Tenemos que emplear todos los medios posibles de vulgarización y pro-

paganda, que dar a conocer profusamente lo que es la Higiene Mental y cuál es el objeto que persigue; ya nos valdremos a veces de conferencias, de volantes, de folletos, ya de la organización y de la formación de comités y sociedades, de agrupaciones y de muchos otros medios que juntamente persiguen el mismo fin.

Al llevar a cabo esta labor progresiva y gradual, no debemos perder de vista, que no solamente vamos a solicitar el contingente y la ayuda de padres y de maestros, sino que también les vamos a ayudar a éstos. A los primeros, resolviéndoles los problemas concretos que tengan sobre sus hijos; si son indisciplinados, amorales, perversos, psicópatas o enfermos, por medio de exámenes médicos, consejos y terapéutica apropiada y a los segundos, es decir a los maestros, queremos auxiliarlos en las tan numerosas cuestiones que se les presenten dentro de la labor diaria de su noble misión; queremos que ellos sientan que los médicos nos preocupamos por sus asuntos y estamos íntimamente asociados con ellos; les ofrecemos la ayuda fraternal, la indicación adecuada y el consejo sincero para resolverles los casos de Higiene Mental Escolar, inherentes al desempeño del Magisterio:

Seleccionar a sus discípulos, mediante adecuada explotación psicológica y psiquiátrica de éstos, unificar grupos en relación con el nivel intelectual, resolverles cuestiones concretas sobre casos de niños en quienes observen o encuentren anomalías de carácter, errores de conducta o manifestaciones de cualquier naturaleza, que conduzcan o hagan pensar en alguna desviación o en algún desequilibrio de sus funciones nerviosas o mentales.

Esta asociación, que deseamos se establezca entre médicos escolares principalmente y maestros, —para que la fuerza de ambos pueda conducir a un campo de ejecución y de práctica de la Higiene Mental,— posteriormente irá formando una dependencia especial, que tiene en estudio el Departamento de Psicopedagogía y que será la de la Higiene Mental de los maestros, pues ellos necesitan conocer y realizar las normas de esta disciplina, en lo que se refiere al régimen más apropiado de vida, de descanso, de estudio, de trabajo, y de otros muchos problemas propios del magisterio, ya que siendo él, uno de los complementos principales de la educación y de la puesta en práctica de los medios de la Higiene Mental, no sería propicio ni razonable que dejara de participar de la utilidad que esta ciencia imparte.

Mas no debemos perder de vista que el centro, al cual convergen todos los proyectos y sistemas de la Higiene Mental escolar es precisamen-

te el formado por los niños, de tal modo, que la campaña Pro-Higiene Mental Infantil va dirigida a ellos.

Para realizarla, la Sección de Higiene Mental, desde que se fundó ha estado sin cesar estudiando los caminos factibles, los medios adecuados, las posibilidades prácticas, las bases primeras que han de imponerse, y en esta misión necesita de la ayuda directa, de la colaboración efectiva y del interés personal, de los médicos escolares, de los maestros y de los padres de familia.

A los primeros, es para quienes propiamente hemos venido dictando estas pláticas, pues deseamos de su valioso contingente, para organizar en todos los sectores escolares, asociaciones y centros de Higiene Mental y que en todos ellos, sean los que lleven la voz de divulgación, de instrucción y de propaganda, acerca de lo que es la Higiene Mental, de lo que persigue y de los medios inmediatos y fundamentales que deben ponerse en práctica.

Siendo la Higiene Mental, como indicamos en nuestra primera plática, ciencia compleja, pues si tiene sus bases principalmente en la biología y en la medicina, participa de la psicología, de la psiquiatría, de la sociología, de la antropología, etc., es sin embargo, de aplicación fundamentalmente médica, y por eso el médico es quien la practica y quien la dirige. Por ello acudimos a los médicos escolares, ampliándoles su radio de acción, para que además de llenar la parte exclusivamente médica de sus funciones, sobre todo en relación con los reconocimientos o exámenes de casos particulares, nos ayuden a realizar esta labor médico-social, que como la anterior es tan noble, altruista y eficaz, pero que tiene la ventaja de abarcar un campo de acción enormemente más extenso y de trabajar por algo, que antaño siendo un ideal, ahora, tiende día a día a transformarse en hecho, es decir por la profilaxis. Esta profilaxis que es precisamente de evitar las enfermedades mentales, los desequilibrios psíquicos y las aberraciones del espíritu, —dentro de lo humanamente posible,— será lo más grande de la Higiene Mental, sin que se desatienda la ayuda que lleva, los preceptos que aconseja y la terapéutica que señala para los anormales, los psicópatas y en último análisis para los enfermos psíquicos. Es necesario entonces, que sacudamos un poco el letargo en que hemos vivido en relación a la Higiene Mental como señalé en mi primera plática y para apreciar ésto, dí a conocer la importancia alcanzada en muchas otras partes del mundo, donde preocupa de tal modo a los pueblos y a los gobiernos que se le ha dado sitio preferente; y ahora que surge por iniciativa del Departamento de Psicopedagogía una Sección de Higiene Mental Escolar, aprovechemos empezar con ella nuestra labor en México.

Esta dependencia del Instituto tiene como fines principales: conservar la salud mental y lograr el óptimo desarrollo de las aptitudes psíquicas y el máximo equilibrio de las mismas en los escolares de personalidad normal, así como también prevenir los trastornos mentales y nerviosos en los predispuestos y descubrir oportunamente las anomalías psíquicas o los padecimientos mentales en los niños, sobre todo en período de principio.

Las funciones principales de la Sección son las siguientes: De índole general: es decir, las que elaboran todos los programas y todas las bases de la Higiene Mental escolar y de carácter particular, mediante la Clínica de la Conducta.

Dentro de las primeras, se comprende el estudio de la educación relacionado con la formación de la personalidad de los niños, desde el punto de vista de la Higiene Mental; el estudio de las bases de la educación sexual y las cuestiones inherentes a ella, lo cual se realizará en gran parte mediante la ayuda de las sociedades o ligas de Higiene Mental, de cuya organización me ocuparé dentro de un momento.

Por otro lado, emprenderá el estudio de las causas que obren en nuestro medio perturbando el psiquismo de los escolares, y atenderá todas las consultas de los profesores y padres de familia sobre cuestiones de psicopatología infantil.

La Clínica de la Conducta, tiene como misión, estudiar los casos de escolares con desajustes nerviosos o psíquicos; de los indisciplinados, de los incorregibles, etc., mediante un examen de su personalidad en cada caso concreto, desde el punto de vista médico y social con objeto de formular el diagnóstico y el pronóstico, e instituir el tratamiento adecuado ya sea médico, higiénico, psicoterápico, social, pedagógico especial, etc.

Dentro del estudio de los casos individuales, lo que se refiere al examen médico abarcará, el estudio psicológico, psicométrico y somático, sin dejar de investigar todo lo que se refiere a antecedentes hereditarios, personales y de realizar aquellos exámenes que requieren exploraciones especiales.

Otro aspecto de la investigación, será el estudio social que comprenderá el mesológico, la investigación de los medios familiar, extrafamiliar, escolar, el biográfico del caso y los motivos especiales de la consulta.

Para realizar su labor, el Servicio de Higiene Mental busca difundir por medio de propaganda y educación adecuada, —contando con la colaboración de los médicos escolares, de los maestros y de los padres de familia,— los principios fundamentales de la Higiene Mental, para lo cual dará su contingente inmediato la Sección y además utilizará la prensa, folletos, volantes y el radio; dictará conferencias de vulgarización para

profesores, padres de familia y escolares. Ya una vez que ésto esté organizado se celebrarán como en otras partes del Mundo, Semanas de Higiene Mental para difundir ésta, y en las que habrá programas de conferencias, pláticas, exhibiciones cinematográficas, repartición de folletos con instrucciones, consejos, etc.

Como se ve, el funcionamiento de la Sección es muy grande; para ésto cuenta con médicos, visitadoras sociales y profesores que son los encargados de llenar esta labor, mas con el tiempo el personal necesariamente aumentará.

La Sección ya ha empezado a trabajar con toda actividad y mientras por una parte, se elabora el material necesario para que en el momento en que se inicie la campaña en las escuelas y entre los padres de familia, se curen con un acervo suficiente de elementos, por otra, diariamente se hacen consultas de niños mandados por las escuelas para hacer estudios concretos de cada caso, de indicar el consejo o la terapéutica apropiada.

La extensión de la Higiene Mental escolar va a llevarse progresivamente, de tal modo, que se hará una campaña de instrucciones entre los padres de familia para que conozcan la conducta que deben de seguir con relación a sus hijos y en este sentido se tienen ya formuladas instrucciones sencillas y concretas para repartirlas entre éstos. Tales instrucciones en forma de consejos a los padres, son por ejemplo las siguientes:

"Los padres que no saben educar bien a sus hijos desde que éstos son pequeños, ayudan a que sean más tarde perezosos, inútiles y perjudiciales a sí mismos, a la sociedad y aún que lleguen a terminar en la cárcel o en el manicomio."

"Cualquier duda que tenga sobre la educación moral de sus hijos, de la manera de ser de éstos sobre todo si son raros de carácter, nerviosos, flojos, perversos, indiferentes, etc., acuda al Servicio de Higiene Mental, donde le aconsejaremos y resolveremos sus problemas."

10.—Es necesario enseñarse a educar a sus hijos.

2.—No se tiene derecho a educar a los hijos como se quiera, pues la educación está sujeta a reglas y a preceptos basados en estudios científicos acerca del desarrollo mental del niño.

3.—El principio de la educación a los hijos, que es el más eficaz de todos, es el ejemplo que les dan sus padres.

4.—Así como los postulados de la educación física, y de la higiene corporal son: favorecer el desarrollo del cuerpo humano y conservar la salud aplicando las reglas de higiene referentes a los alimentos, vestidos, aseo, ventilación, iluminación, ejercicio físico, reposo nocturno, etc., los de la educación psíquica y de la higiene mental son: obtener la salud men-

tal y el máximo desarrollo en el hombre de la sociabilidad, bondad, serenidad, inteligencia y sabiduría.

5.—La misión fundamental de los padres en la educación de sus hijos, es de guía, protección y estímulo, no deben nunca coaccionar, adular o engañarlos.

6.—Los padres no deben poner nunca como ejemplo a un niño para que sea imitado por sus hijos.

7.—Los padres deben contestar las preguntas que les hagan sus hijos con claridad, discreción y veracidad.

8.—Los padres no deben reñir delante de sus hijos o presentarse ante ellos en estado inconveniente (embriaguez,, cólera.) hablar mal uno del otro o expresar conversaciones libres o palabras obscenas.

9.—Por ningún motivo debe infringirse a los hijos malos tratos en cualquier forma, ni mucho menos castigos corporales (golpes).

10.—Los padres deben procurar, con la educación moral de sus hijos que el amor propio de éstos los haga ser dignos de sí mismos y merecer la admiración de los demás por sus virtudes.

* * *

Como es necesario combatir de un modo muy especial las causas de las perturbaciones psíquicas, se han formulado asimismo folletos explicativos en los que se dan a conocer las causas tanto hereditarias como adquiridas, de los padecimientos neuropsíquicos y la manera más factible de evitarlas.

En lo que se refiere a las primeras, se irán estudiando por separado los preceptos principales de la eugenesia y en las segundas, es decir, en lo concerniente a las causas adquiridas, con especial interés se tocará con toda la amplitud necesaria lo relativo a las causas tóxicas, principalmente las exógenas, como el alcohol, el opio, la morfina, la marihuana, la cocaína, las drogas y medicamentos que se consumen con abuso y muchas otras que provienen de ciertas industrias como por ejemplo las que sufren quienes trabajan en el plomo, el óxido de carbón, etc.; en las causas infecciosas se darán a conocer las principales enfermedades mentales provocadas por agentes microbianos como la sífilis, la tuberculosis, el tifo, la fiebre tifoidea, la difteria; y en cuanto a las causas psíquicas, se realizará una campaña contra todos los factores que influyen desviando la mentalidad, tales como el cinematógrafo, la prensa, la literatura, la vida y las costumbres actuales y muchas otras circunstancias ambientales, que

tantos perjuicios ocasionan sobre la estabilidad psíquica de los niños, principalmente de los predispuestos.

La Sección seguramente que poco a poco irá ampliando sus actividades y en tiempo no remoto, creemos que tendrá dependencias y consultorios neuropsiquiátricos dentro de las policlínicas escolares y también en algunas escuelas.

En el poco tiempo que lleva de funcionar, se va obteniendo experiencia para cimentar las normas del trabajo que se está realizando y que aún va a realizarse, pero para ponerse en contacto más íntimamente con la población escolar, se desea lo antes posible, se lleve a la práctica uno de los medios con que va a contar muy especialmente, y es el que se refiere a las sociedades o ligas de Higiene Mental, que deberán ser establecidas por los médicos escolares.

Esas sociedades o ligas de Higiene Mental podrán constituirse aprovechando sobre todo, las sociedades de padres de familia ya existentes y para ello el médico escolar de cada Zona, será el encargado de organizarlas.

Las sociedades de referencia, tendrán una Mesa Directiva o Comité Directivo, cuyo número de miembros podrá variar según la importancia de cada agrupación, pero entre cuyos elementos necesariamente tendrán que estar incluidos: el Médico de la Zona Escolar, un Director de escuela y un representante de los padres de familia. La idea es de que haya una Sociedad por cada escuela.

El funcionamiento y organización de estas sociedades de Higiene Mental que ha sido delineada por el Dr. Prado Vértiz, tendrá los siguientes aspectos:

1o.—*De investigación.*—Aquí se comprenderá principalmente la búsqueda de los factores que comprometen la higiene mental del maestro y la higiene mental del escolar.

2o.—*De cooperación.*—Labor principalmente del médico escolar, que consistirá en informar a la Sección de Higiene Mental acerca de todos los factores que encuentre sean perjudiciales en la Higiene Mental del escolar; en estudiar los casos concretos ya sea de maestros, ya de escolares, en los que descubra anomalías neuropsíquicas de cualquier naturaleza para que se envíen éstos a la Clínica de la Conducta donde serán debidamente examinados.

3o.—*De educación.*—Esta será la parte más importante de las sociedades pues tendrá un fin de utilidad colectiva y se llevará a cabo, mediante la distribución entre padres de familia, maestros y escolares, de propaganda por medio de folletos, anuncios, carteles y demás medidas que

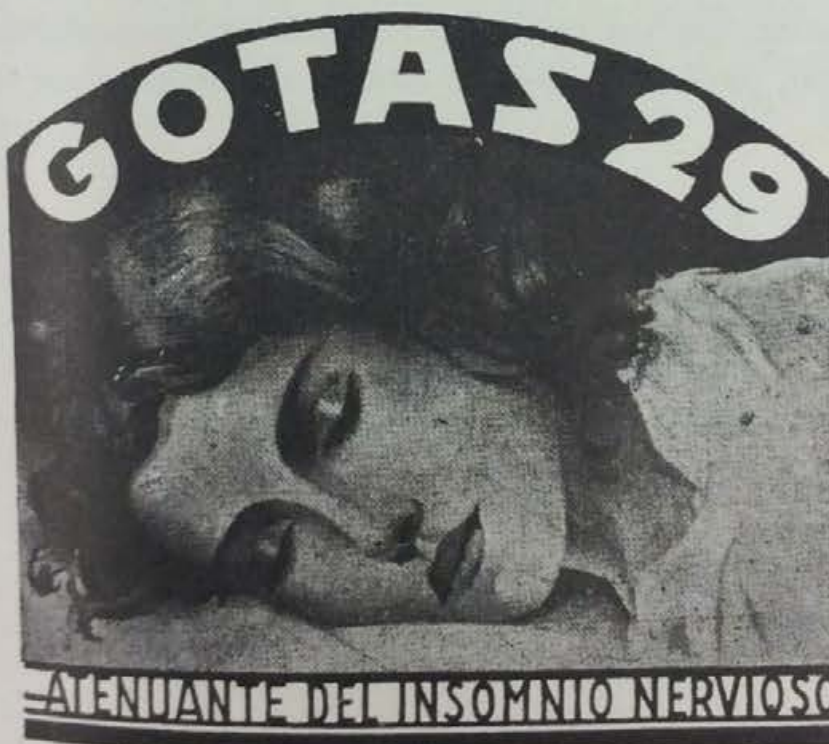
se consideren adecuadas; se organizarán conferencias y pláticas sobre Higiene Mental; ya especiales, ya aprovechando festividades escolares, para lo cual la Sección proporcionará los elementos necesarios, conferencistas, locales, etc. Se procurará igualmente exhibir películas sobre Higiene Mental, proporcionadas por la misma Sección y por último se dictarán pequeños cursos de Psicología Aplicada y de Psicología Infantil, normal y patológica, dados por médicos escolares y aún por maestros.

Las sociedades de Higiene Mental, contarán con un reglamento para que en lo posible haya uniformidad en las actividades de todas ellas y estarán en íntimo contacto con la Sección de Higiene Mental, mediante el médico escolar, los maestros y los padres de familia.

Todos los detalles y pormenores respecto a ésto, se darán por escrito con instrucciones concisas a los médicos escolares, para que lo antes posible se empiecen a poner en práctica.

Se tiene especial deseo de que cada sociedad se vaya formando sobre las mayores bases posibles de estabilidad, por lo que se empezará en las escuelas donde existan y estén funcionando correctamente las sociedades de padres de familia.

En la forma indicada, podrán organizarse las sociedades de Higiene



Producto

Nacional

Atóxico.

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

Muestras a disposición del H. Cuerpo Médico en:

REG. NUM. 8948 D. S. P.

Proveedor de Farmacias, S. A. Apartado 818. México, D. F.

Mental, integradas por los médicos, los profesores y los padres. Tal vez el tiempo haga ver la necesidad de cambiar estas organizaciones, orientándolas en tal o cual sentido, pero por ahora, nos debemos concretar, en llevar a la práctica lo que sea más factible, buscando lo más pronto su realización.

En México, hemos empezado a trabajar por la Higiene Mental, solamente como ya he indicado en varias ocasiones, por una de sus ramas, por la escolar, siendo que en otros países, primero se ha instalado un gran Comité o Liga de Higiene Mental, patrocinada por el Estado, o por Instituciones Médicas, oficiales o particulares y posteriormente va abarcando todos los aspectos que la Higiene Mental tiene, es decir: la escolar, la industrial, la de los anormales, la de los alienados, la de los presidiarios, la de militares y de los marinos, etc.

Sin embargo, el paso dado en México con la creación de esta dependencia del Instituto de Psicopedagogía, es, como no me cansare en repetirlo de grandísima significación y seguramente el desarrollo de la Higiene Mental Escolar, será el principio de toda una organización de Higiene Mental en nuestro país, que poco a poco interesará al Gobierno Federal y a los gobiernos locales para que se extienda y se practique tan importantísima disciplina, que es la principal esperanza en la salvación de los pueblos, pues es la que contrarrestará la degeneración que la especie humana día a día sufre, con sus múltiples aberraciones, anormalidades y enfermedades psíquicas, para mejorar en lo posible al hombre, y por tanto a la sociedad.

NOTA.—Durante el tiempo transcurrido desde que se dió esta conferencia hasta la fecha, el Servicio de Higiene Mental Escolar ha desarrollado una amplísima labor, como consecuencia del empeño y entusiasmo que el Jefe del Servicio, Dr. Fernando Rosales y sus colaboradores han tenido en todo momento y muchos de los proyectos que en la conferencia se expusieron han sido felizmente realizados.

Técnica y Resultados de la Aeroencefalografía por Vía Lumbar

Por el Dr. CONRADO
ZUCKERMANN

DIVERSOS PROCEDIMIENTOS DE VISUALIZACION VENTRICULAR

A partir de los memorables trabajos de Dandy, los procedimientos para *visualizar radiográficamente el aparato ventricular* y otras porciones del espacio subaracnoideo, se han multiplicado, lo mismo que diferentes métodos radiológicos que tienen como finalidad hacer ostensibles las alteraciones intracraneanas.

De los procedimientos para la visualización ventricular, tres han entrado actualmente en la práctica neurológica:

La *ventriculografía directa* inyectando gases o sustancias radioopacas en los ventrículos laterales;

La *inyección de aire en la cisterna magna por vía suboccipital* y la *encefalografía por vía lumbar*.

TECNICA EMPLEADA

En lo que se refiere a la *encefalografía por vía lumbar*, la técnica que hemos empleado es la que nos ha parecido más sencilla, menos peligrosa y de resultados satisfactorios. La vía lumbar nos ha permitido efectuar, al mismo tiempo y como *examen complementario del estudio clínico neurológico que siempre precede a todas estas maniobras*, una serie de investigaciones que consideramos de gran valor diagnóstico:

Primera.—Punción lumbar y medición de la presión con el manómetro de Claude.

Segunda.—Variaciones de la presión por el esfuerzo.

Tercera.—Prueba de la compresión de las yugulares, primero unilateral (Prueba de Brinck) y luego biateral (Prueba de Quenkenstedt).

Cuarta.—Variación de la presión por inhalación de nitrito de amilo. (Prueba de Elsberg y Hare.)

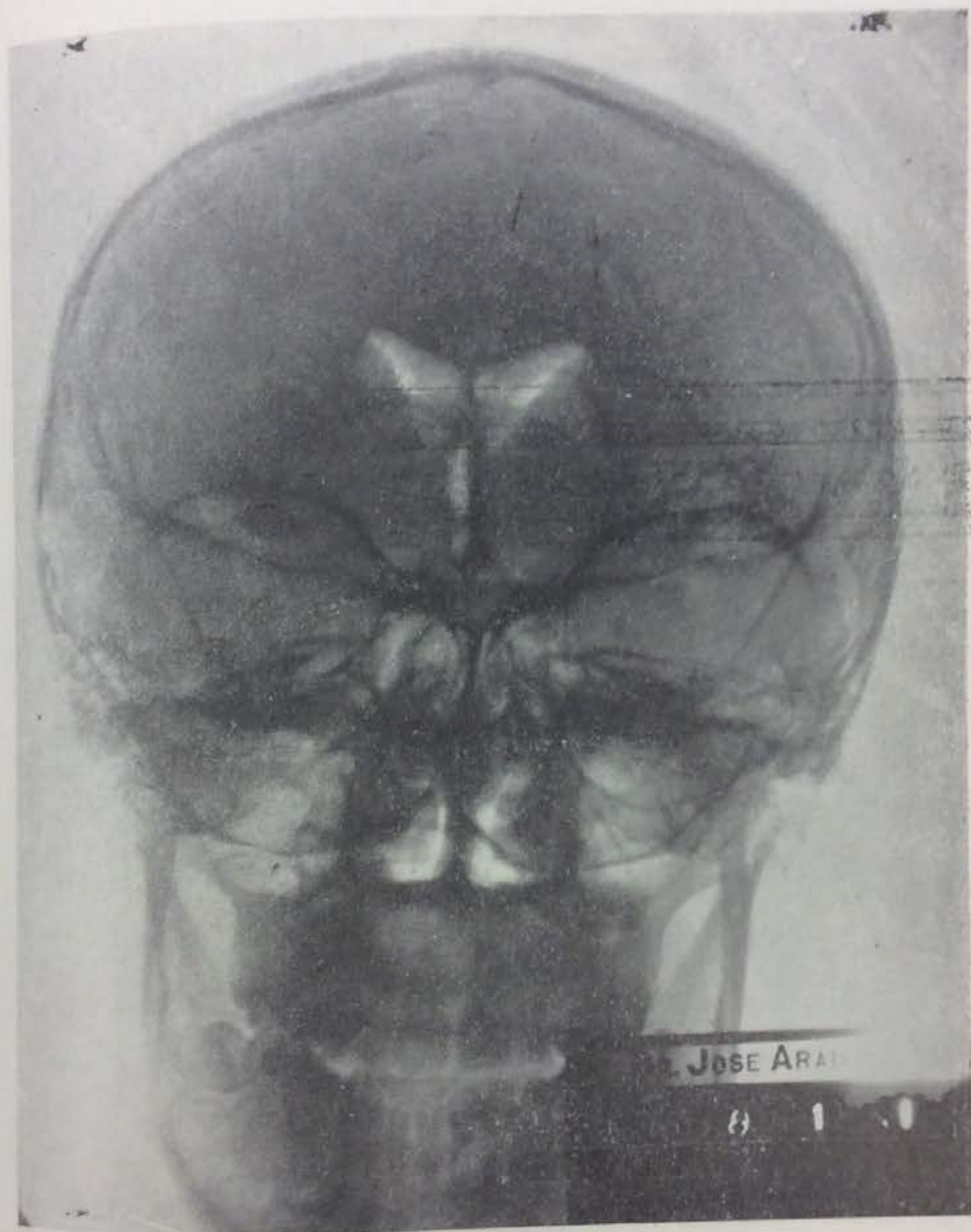
Quinta.—Extracción de líquido cefalorraquídeo, que es aprovechado para su análisis lo más completo posible.

Sexta.—Sustitución parcial del líquido cefalorraquídeo por aire.

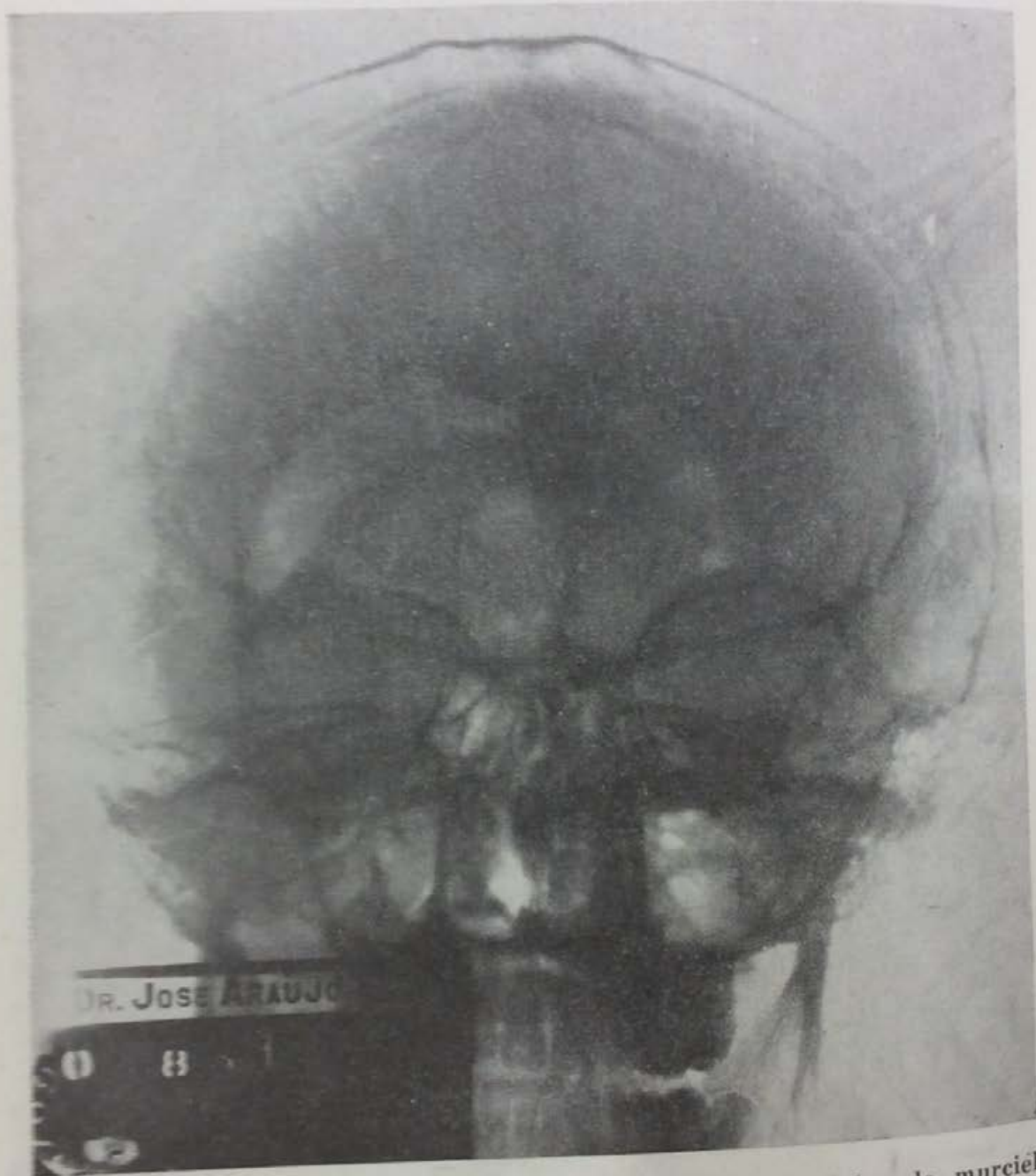
Séptima.—Toma de las radiografías en tres posiciones cuando menos.

La técnica seguida la hemos descrito en artículos anterior publicado en *la Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, (Año IV. No. 11. Noviembre de 1936) y hora sólo anotaremos los detalles más salientes y varias modificaciones.

Usamos como medicación previa el amital a la dosis de 0.20 grs., la víspera. El enfermo se presenta en ayunas. Con grandes cuidados de asepsia se le hace *punción lumbar con aguja de raquia habitual*. En seguida se observan las variaciones que se obtienen en el valor manométrico mediante esfuerzos, tos, pujar, etc. Muchas veces no es indispensable decirle al enfermo que haga estos movimientos, pues involuntariamente hace esfuerzos que se manifiestan por alteraciones en la presión. Después procedemos a hacer la compresión yugular de un solo lado y a observar los resultados tanto de la compresión como de la descompresión. Seguimos en esto el consejo del doctor Brinck, del Hospital de San Vicente, de Santiago de Chile. Comprimos primero la yugular derecha y observamos el grado de variación manométrica. Comprimos en seguida la yugular izquierda y observamos asimismo las variaciones a la compresión y a la descompresión. La diferencia en las variaciones, cuando es muy notable, tiene importancia al señalar el lado de la sesión, pues casi siempre corresponde a aquél en que la compresión yugular no produjo efecto alguno o determinó sólo una elevación insignificante de la presión. Las maniobras de compresión de las yugulares las hace casi siempre un médico. Este cuidado lo consideramos indispensable, dado que la compresión incorrecta de las yugulares determina alteraciones en la prueba que falsean su resultado. La compresión la efectuamos durante diez segundos en cada una de las yugulares y después de esperar no menos de medio minuto, efectuamos la maniobra de Quenkenstedt, es decir, la compresión simultánea de ambas yugulares durante diez segundos y observamos el resultado mano-



RADIOGRAFIA OCCIPUCIO-PLACA.—Imagen normal en “alas de mariposa” de los ventrículos laterales; abajo y en medio se observa el ventrículo medio.



RADIOGRAFIA FRENTE-PLACA.—Imagen normal en “alas de murciélago” de los ventriculos laterales, abajo y en medio se observa el ventrículo medio en forma circular.

métrico tanto a la presión como a la descompresión. En seguida, procedemos a efectuar la prueba del *nitrito de amilo*, haciendo inhalar una ampolla de dicha substancia durante treinta segundos y observando las variaciones manométricas. Seguimos para dicha prueba la técnica del doctor *Elsberg* y del doctor *Hare*, del Instituto Neurológico de Nueva York, que a continuación anotamos:

Primero.—La inhalación del nitrito de amilo debe ser comenzada durante la fase inspiratoria de la respiración.

Segundo.—El nitrito de amilo debe ser inhalado durante treinta segundos.

Tercero.—El momento durante el cual la inhalación de la droga fué iniciada y en el que termina, debe anotarse.

Cuarto.—La presión debe ser anotada cada cinco o diez segundos durante tres minutos y la cuenta debe comenzarse desde el momento de iniciar la inhalación.

El nitrito de amilo, causando dilatación de los vasos del sistema ner-



Desde hace 20 años las curas de Vaccineurina han dado en casi todos los países civilizados los mejores resultados en el tratamiento de enfermedades de regiones del sistema nervioso sometidas a la observación visual.

EL REMEDIO SOBERANO

para Neuralgías, Neuritis (ciática),
Parálisis de toda clase y
Asma bronquial es la

Vaccineurina

« Dresden - Sajonia »

(Autolizado bacterial inespecifico altamente neurotropo).

Reg. No 15903 - D. S. P

comprobado clinicamente y empleado desde hace 20 años en todos los países civilizados.

Se suministra en series de envases listos para inyección intramuscular.

SÄCHSISCHES SERUMWERK AKTIENGESELLSCHAFT
Instituto Sajón de Seroterapia, S. A., Dresden.

Representante General para la República Mexicana.

VICTOR MESTER

Apartado 1250
Tel. Eric 2-42-47

Mexico D. F.
Madero 40, Desp 208-209

vioso central, aumenta la presión subaracnoidea y es muy útil para el conocimiento del bloqueo espinal. Hare ha sostenido últimamente que esta prueba tiene valor para el diagnóstico diferencial entre los procesos neoplásicos y los inflamatorios crónicos y vasculares intracráneos, dado que en estos últimos las variaciones manométricas fueron mucho menores que en los neoplásicos. En seguida procedemos a extraer el líquido cefalorraquídeo, habitualmente de la siguiente manera: extracción de quince centímetros de líquido e inyección de diez de aire; extracción de diez de líquido e inyección de diez de aire, y extracción de otros diez de líquido e inyección de diez de aire. En total, *extracción de treinta y cinco centímetros de líquido e inyección de treinta de aire*. Medimos después la presión manométrica y la prueba ha terminado. Utilizamos treinta centímetros de aire, dado que la capacidad media normal ventricular es precisamente de treinta centímetros. En algunos casos, sin embargo, la cantidad ha sido menor y en algunos otros hemos llegado hasta ochenta centímetros sin haber observado accidente alguno.

La prueba de esta manera efectuada, es muy útil para conocer:

Primero.—La existencia o no de hipertensión subaracnoidea.

Segundo.—El lado de la lesión.

Cuarto.—Para extraer el líquido cefalorraquídeo, cuyo examen es tan importante en neurología.

Quinta. — Para conocer el grado de variación de la presión a la extracción del líquido y a la inyección de aire.

Sexto.—Para *visualizar radiológicamente las cavidades ventriculares*, y

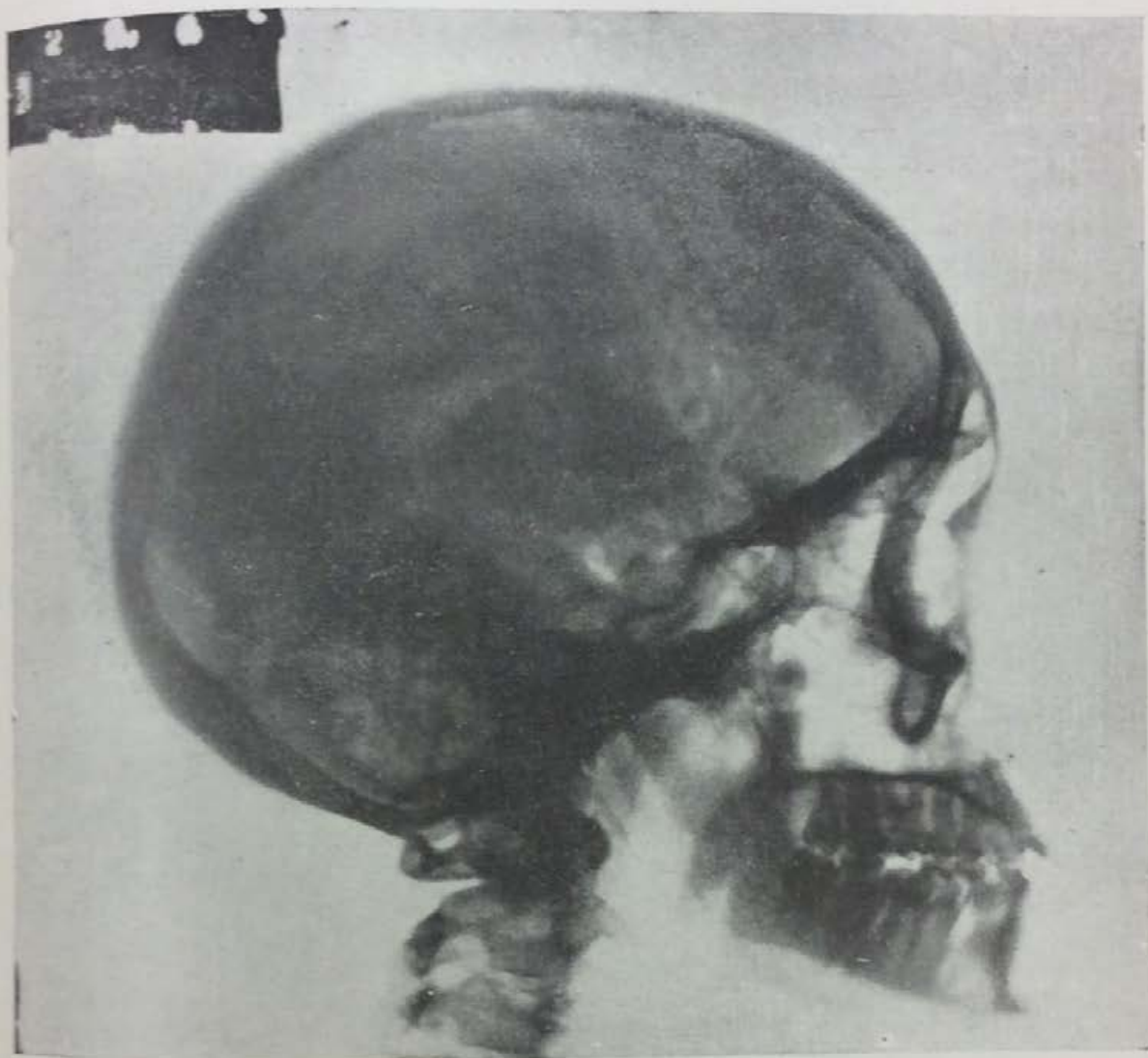
Séptimo.—Para modificar las condiciones intracraneanas que en algunos casos reciben, por este medio, un beneficio clínico.

Terminada la inyección de aire y hechas todas las maniobras que antes hemos anotado, habitualmente ha transcurrido un tiempo no mayor de diez minutos, y el enfermo es acostado en la mesa radiológica, en donde se le toman *radiografías frenteplaca, occipucioplaca y lateral*. En los últimos estudios estamos haciendo *radiografías laterales estereoscópicas*.

LA ENCEFALOGRAFIA EN LOS HIDROCEFALOS

El procedimiento de la encefalografía, utilizada primeramente para los hidrocéfalos, se ha generalizado de tal manera que en la actualidad es posible que sea la indicación clínica de este padecimiento la que menos amerite encefalografía, pero la práctica nos está enseñando que muchas hidrocefalias desconocidas son diagnosticadas por el procedimiento encefalográfico bajo el título de *dilataciones ventriculares*.

La hidrocefalia de gran desarrollo y la hidrocefalia congénita, son las



RADIOGRAFIA LATERAL. — Se observa las diversas porciones (cuerpo y prolongamientos) del ventrículo lateral.



RADIOGRAFIA OCCIPUCIO-PLACA. — Dilatación ventricular.

únicas que clínicamente se suponen antes del estudio radiológico. Este permite, por su parte, identificar gran número de *dilataciones ventriculares* no supuestas anteriormente y que son imputables, en algunos casos, a origen congénito, en otros a origen traumático y en no pocos a procesos vasculares e inflamatorios. El menor número de casos corresponde a neoplasmas, cuando menos en lo que se refiere a las hidrocefalias identificadas por encefalografía.

LA ENCEFALOGRAFIA EN LAS LESIONES INTRACRANEANAS DE LOS NIÑOS

Se admite en la actualidad que la encefalografía es un procedimiento más benigno en el niño que en el adulto y que su tolerancia a este respecto es notable. Así lo han afirmado, desde hace años, varios pediatras (*Brehme, Gohrbandt, Karger*), Se ha utilizado en los niños que padecen *meningoencefalitis crónica* y en los que tienen alteraciones intracraneanas manifestadas por ataques convulsivos, habiéndose observado que además de los datos diagnósticos que suministra el procedimiento, es seguido de mejoría clínica, como si la inyección de aire en los ventrículos, alterando las condiciones del medio, tuviera algún efecto curativo, cuando menos temporal.

En un reciente caso de epilepsia manifestada desde las primeras semanas que siguieron al nacimiento, pudimos demostrar con el estudio encefalográfico, que existía una marcada dilatación de los ventrículos, pero no existía bloqueo ni lesión tumoral y el examen del líquido cefalorraquídeo dió datos normales. Había que pensar, por lo tanto, en una encefalopatía infantil de tipo atrófico.

LA ENCEFALOGRAFIA EN LOS TRAUMATIZADOS CRANEOENCEFALICOS

En las secuelas de los traumatismos encefalocráneos, es de utilidad efectuar *las pruebas tensionales lumbares, el examen del líquido cefalorraquídeo y la encefalografía*. Además de su valor diagnóstico, en algunos casos ha parecido determinar mejoría clínica la entrada de aire en los ventrículos. En un caso reciente, la encefalografía permitió demostrar el colapso de un ventrículo como consecuencia de hundimiento traumático de la bóveda.

LA ENCEFALOGRAFIA EN LOS EPILEPTICOS

Esta es una de las indicaciones más frecuentes de encefalografía, máxime si se toma en cuenta la rebeldía de este padecimiento y la inutilidad de muchos de los medios terapéuticos que habitualmente se emplean. La encefalografía permite *alguna precisión diagnóstica* y se ha observado, después de hecha, *disminución* en el número de las crisis o menos intensidad de ellas. Esta mejoría es tanto más evidente cuando que el *epiléptico* es más *joven*. En epilépticos adolescentes la mejoría la hemos comprobado, mientras que en los adultos no la hemos notado.

LA ENCEFALOGRAFIA EN LOS ENFERMOS MENTALES

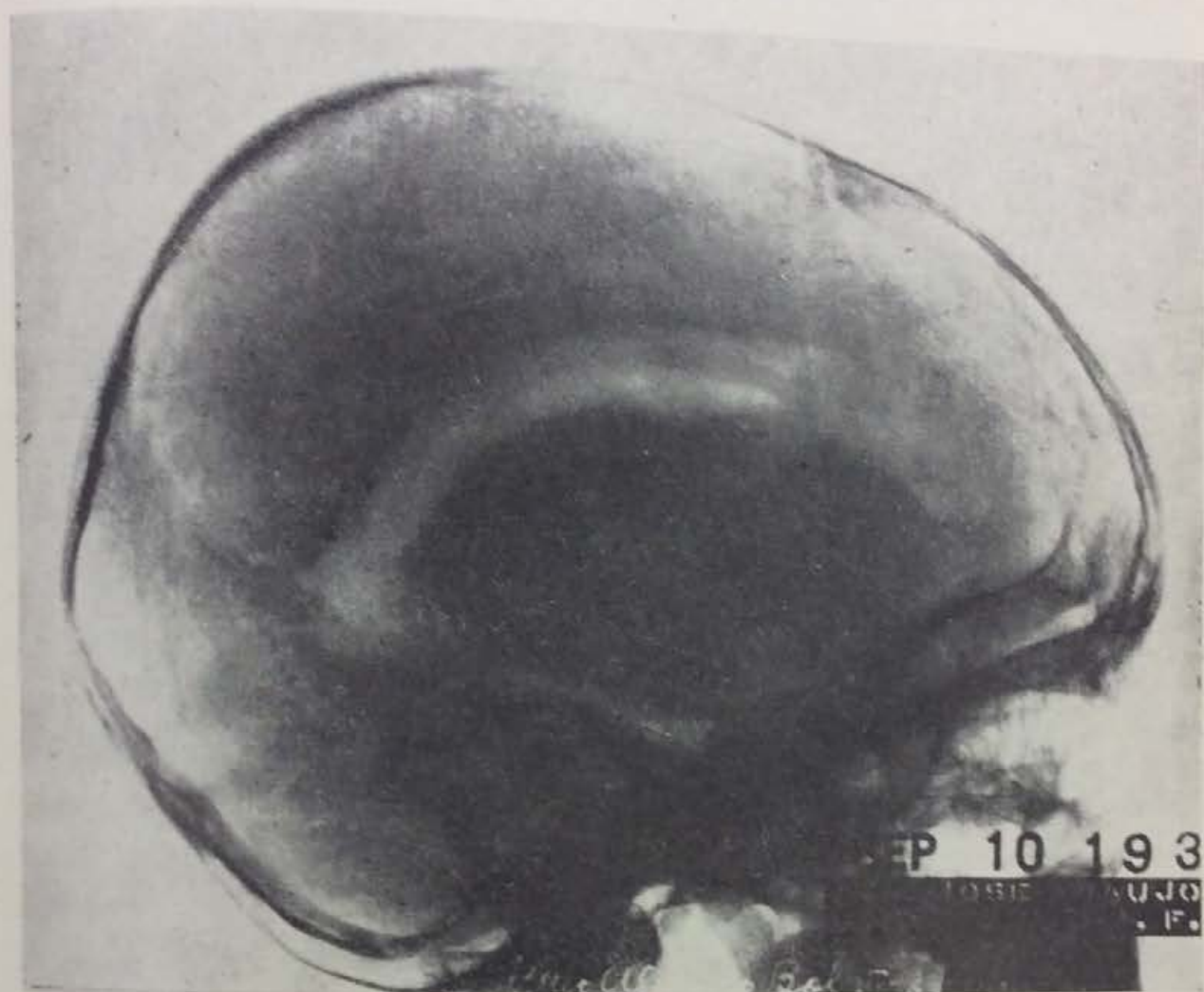
Dada la tendencia actual para considerar cada día que con mayor frecuencia existe sustratum anatómica en los enfermos mentales, se explica la frecuencia con que ya se inicia el estudio encefalográfico de los psicópatas y la posibilidad de descubrir alteraciones no supuestas y de abrir caminos, tanto a la investigación como a la solución práctica de algunos casos. En varios enfermos dementes ha sido observada dilatación ventricular y en otros casos de enfermos mentales, no bien clasificados, se ha podido notar la existencia de modificaciones imputables a neoplasmas.

LA ENCEFALOGRAFIA EN LOS TUMORES INTRACRANEANOS

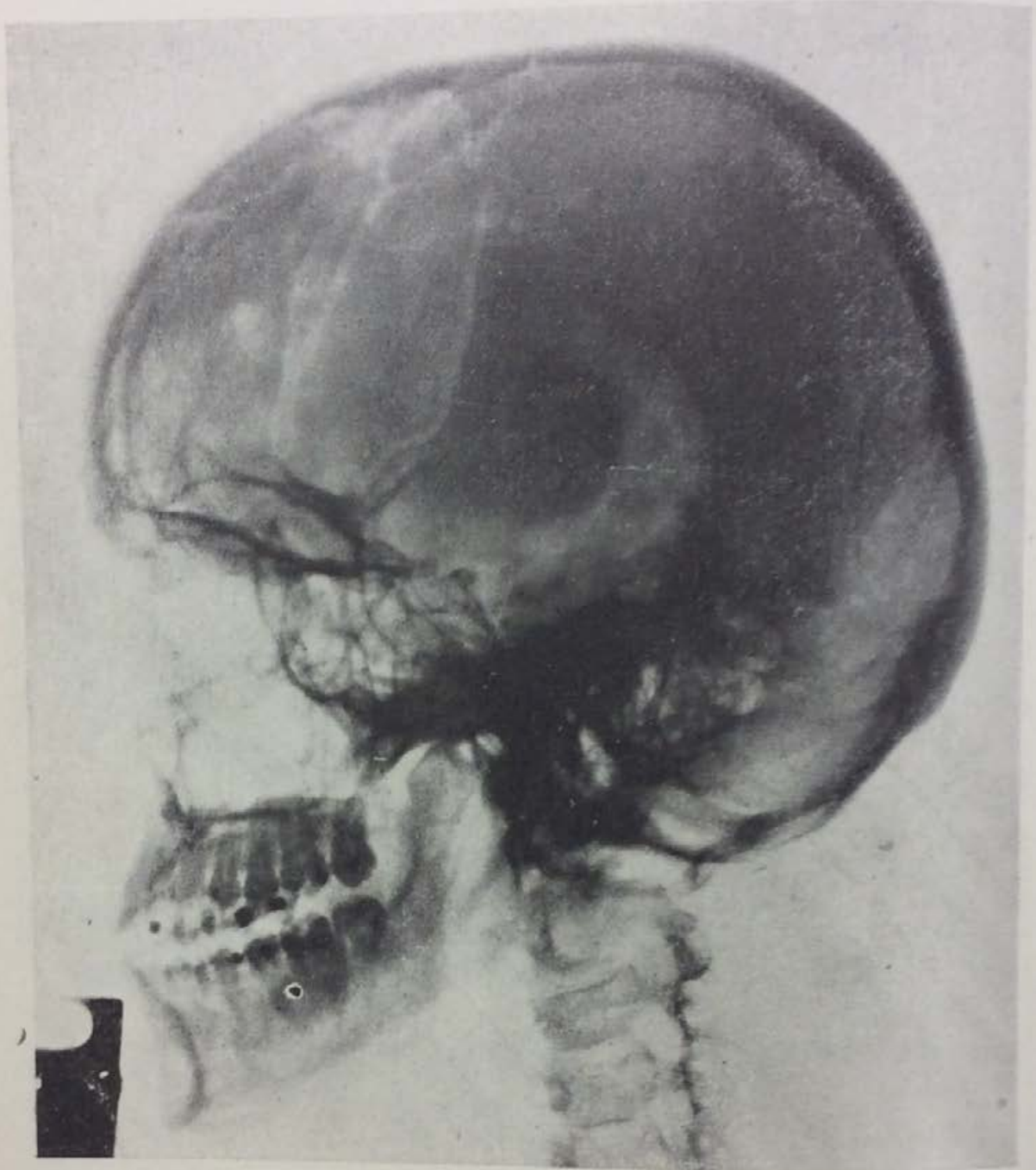
El procedimiento encefalográfico por vía lumbar, queda limitado para los *tumores intracraneos supratentoriales* y para aquellos alejados del bulbo y de los pedúnculos cerebrales. Hecha correctamente y conociendo sus peligros y accidentes, la encefalografía es un medio sencillo que ayuda mucho en el *diagnóstico topográfico de los neoplasmas intracraneos*. Las diversas alteraciones en el tamaño, forma, situación y contorno de la imagen ventricular, ayudan mucho para este diagnóstico y llevan a una terapéutica quirúrgica que en algunos casos puede ser salvadora.

El adelanto de la cirugía neurológica se debe en gran parte a la encefalografía y a la ventriculografía.

En nuestra pequeña estadística podemos anotar, cuando menos, tres casos en los que, en uno la ventriculografía y en dos la encefalografía, fueron de gran valor para este diagnóstico topográfico.



RADIOGRAFIA LATERAL.—Ligera dilatación ventricular y mayor amplitud de la distancia entre los prolongamientos frontal y esfenoidal.—Neoplasma central del cerebro.



RADIOGRAFIA LATERAL. — "Amputación" del prolongamiento frontal.
Glioblastoma fronto-parietal izquierdo.

INTERPRETACION GENERAL DEL EXAMEN

Hecha la *punción exploradora lumbar* en la forma antes anotada, constituye una ayuda indudable en el diagnóstico neurológico y permite conocer las *hipertensiones endocraneanas*, tan frecuentes; los *bloqueos parciales o totales*; y señala, hasta cierto límite, el *lado de la lesión*. Además, nos da datos sobre la posibilidad de que se trate de *proceso neoplásico* o de *proceso inflamatorio crónico*.

El examen del *líquido cefalorraquídeo* extraído, nos permite también completar el diagnóstico y en ocasiones señala rutas terapéuticas no su-
puestas. Tenemos el caso reciente de un enfermo en el que no se suponía ningún dato de *lues* y el examen del líquido cefalorraquídeo demostró reacción *luética* intensa, que explicaba causalmente sus alteraciones mentales.

EL MEJOR PREPARADO A BASE DE BISMUTO

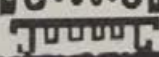
SIFILIS EN TODOS SUS PERIODOS Y MANIFESTACIONES; SIFILIS HEREDITARIAS. FIEBRES TIFOIDEAS Y PARATIFOIDEAS

FORMULA:
YODOBISMUTATO DE QUININA 0.20
COLESTERINA 0.05
ACEITE DE OLIVO EST. C. B. P. 2 c. c.
POR AMPOLLETA

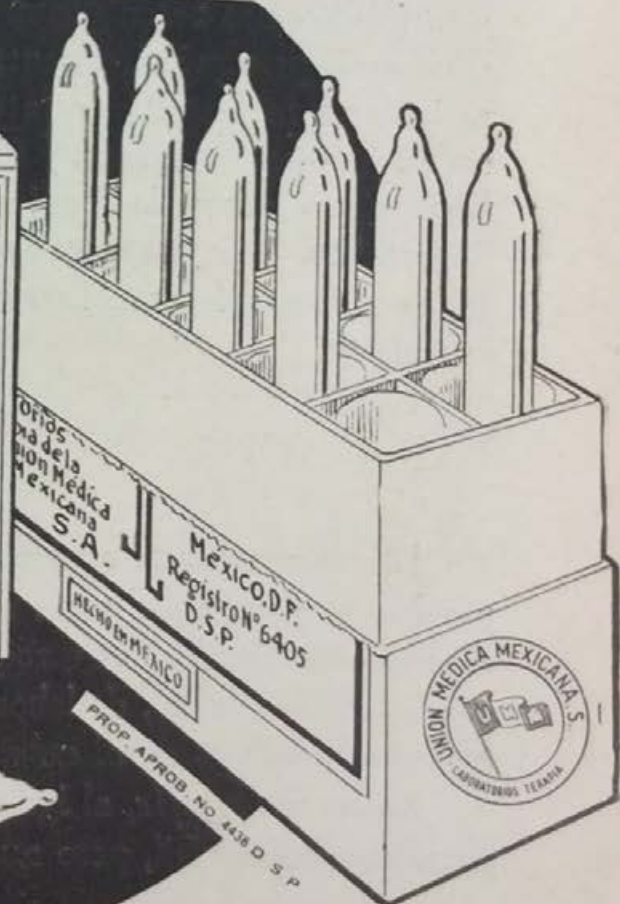
10 Ampolletas

BISMOQUINOL
U.M.M.

Usese exclusivamente por
prescripción y bajo la
vigilancia médica

Preparado por los  Gómez Farías 33

BISMOQUINOL cc2
U.M.M.



PROP. APROB. NO 4438 D. S. P.

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

INTERPRETACION RADIOLOGICA

El estudio de los clichés tomados, que son cuando menos tres, el *occipuciplaca*, el *frenteplaca* y el *lateral* o los laterales, permite conocer, primeramente, el *paso o no del aire a las cavidades ventriculares* y luego nos revela el gran número de alteraciones en la imagen ventricular. Como ya he dicho en veces anteriores, cuando la imagen es normal, la interpretación es sencilla y se reduce a anotar "*imagen normal*". Cuando la *imagen es patológica*, el problema es muy difícil, pero sin embargo, mediante la asociación del cirujano, del radiólogo y del neurólogo, se obtienen casi siempre exactas o muy aproximadas apreciaciones. La *radiografía occipulacioplaca* permite conocer el estado de los *prolongamientos ventriculares frontales*. La *radiografía frenteplaca* hace conocer el estado de los *cuerpos ventriculares* y de los *prolongamientos occipitales*, que se les superponen y el de los *prolongamientos temporales*. La *radiografía lateral* nos permite conocer las diversas porciones del *aparato ventricular*.

Las alteraciones que pueden anotarse son muy variadas y todas ellas deben juzgarse con gran cuidado, no olvidando que en algunos casos se deben a falta de llenamiento por el aire.

Cuando todo ha sido efectuado correctamente, los *desalojamientos ventriculares* nos hacen pensar en procesos compresivos o en procesos esclerosamente, pero principalmente en los primeros (neoplasma, etc.) Las alteraciones en la forma y en la *dirección ventricular* nos hacen también pensar en procesos semejantes y todas estas modificaciones nos llevan a señalar, hasta cierto punto, la localización lesional. Una de las alteraciones más importantes, es la *amputación de los prolongamientos frontales*, propia de los neoplasmas frontoparietales. En dos observaciones hemos corroborado este acerte.

COMENTARIOS

El examen encefalográfico efectuado por punción lumbar, previas las pruebas manométricas antes anotadas y haciendo complementariamente el examen del líquido cefalorraquídeo, constituye un trípode de gran valor, por los datos clínicos, de laboratorio y radiológicos que suministra y es *complemento muy útil en el examen neurológico*.

La *encefalografía*, al igual que la *ventriculografía*, es un método complementario muy útil, pero nunca sustituto del examen clínico neurológico.

BIBLIOGRAFIA:

- BRINCK Guillermo.—*La prueba de la compresión unilateral y comparativa de las yugulares en el diagnóstico de las lesiones cerebrales circunscritas. El signo de la yugular.*—*Revista Médica de Chile*. Año 10. Octubre de 1935. Santiago, Chile.
- DAVIS LOYAL.—*Neurological Surgery*.—Philadelphia, E. U. 1936.
- DAVIDOFF Leo M. and DYKE Cornelius G.—*An improved method of encephalography.* — "Bulletin of the Neurological Institute of New York".—Vol. II. No. 1. March, 1932. New York, N. Y., E. U.
- ELSBURG Charles A. and HARE Clarence C.—*A new and simplified manometric test for the determination of spinal subarachnoid block by means of the inhalation of nitrite of amyl.* "Bulletin of the Neurological Institute of New York. Vol. II. Number 3. November, 1932. New York, N. Y.
- ELSBURG Charles A., and SOUTHERLAND Robert W.—*The etiology of headache. Headache produced by the injection of air for encephalography.* "Bulletin of the Neurological Institute of New York". Vol. III. No. 3. March, 1934. New York, N. Y.
- GOHRBANDT Erwin, KARGER Paul y BERGMANN Ernst.—*Tratado de Patología Quirúrgica de la Infancia.* Traducción. Barcelona, España. 1932.
- HARE Clarence C.—*The cerebrospinal fluid obtained by lumbar and by ventricular puncture in tumors of the brain.* "Bulletin of the Neurological Institute of New York". Vol. IV. No. 1. March, 1935. New York, N. Y.
- HARE Clarence C.—*The nitrite of amyl test for the differentiation of tumors of the brain from vascular and chronic inflammatory lesions.* "Bulletin of the Neurological Institute of New York".—Vol. No. 3. March, 1934. New York, N. Y.
- LAUWERS E. E.—*Introduction a la chirurgie nerveuse.* Paris, Francia, 1932.
- MIR L.—*Oxi-encefalografía por vía lumbar.* "Revista de la Policlínica Caracas". No. 23. Agosto de 1935. Caracas, Venezuela.
- PUUSEPP L.—*Los tumores del cerebro.* Traducción. Barcelona, España. 1931.
- SALA GINABREDA J. M.—*Encefalografías y encefalopatías infantiles.* "Anales de Pediatría". Año II. No. 19. Julio y Agosto de 1935. Barcelona, España.

- ZUCKERMANN Conrado. — *Patología Quirúrgica. Cráneo, cara, raquis, cuello.* México, D. F. 1935.
- ZUCKERMANN Conrado.—*Glioma Central del Cerebro.* "Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer". Año IV. No. 4. Abril de 1936. México, D. F.
- ZUCKERMANN Conrado. — *Encefalografía.* "Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Año IV. No. 11. Noviembre de 1936. México, D. F.

NEUROTONINE

REG. 15314

SEDANTE.

HIPNOTICO.

ANTIESPASMODICO.

FORMULA:

Sal sódica de ácido Dietilbarbiturico..... 3.00
 Extracto de raíz de Valeriana fresca97.00

UTILISIMO EN INSOMNIOS, GAOTAMIENTO 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.

La Mentalidad de los Campesinos Mexicanos

Por el Dr. JUAN PEON DEL VALLE

Los hijos de los obreros manuales de las ciudades, que asisten hoy a las escuelas socialistas urbanas y suburbanas, y los hijos de los trabajadores del campo que concurren a las escuelas rurales, gracias sobre todo a los servicios de higiene mental escolar y en general a la psicopedagogía, probablemente también por el *standard* de vida cada día mejorado, no adolecerán del déficit mental a que voy a referirme, cuando hayan de enfrentarse a la lucha por la existencia dentro de la colectividad organizada.

En cambio, los campesinos que actualmente trabajan dentro de un medio que se esfuerza por organizarlos, llevan a cuestas lacras tremendas que constituyen una rémora tenaz para su avance y adaptación ambiental. Los prejuicios ancestrales y atávicos, la tradición, la religión y la leyenda, el alcoholismo y los salarios desproporcionados, han formado en la psique individual campesina un complejo de inferioridad y, lo que es peor, en el inconsciente colectivo un arquetipo de acción vivencial retardataria.

Duele al obrero intelectual describir las condiciones psicofísicas precarias del camarada trabajador del campo. Apenas decirlo, pero el campesino mexicano casi siempre es un débil mental.

Hijo de padres alcohólicos, mal nutridos, ergasténicos, su mal hereditario, familiar y social constituye pésimo terreno para la siembra. Esta siembra, que es la concepción, ya es mala desde el principio, porque la cópula suele tener lugar en ocasión de una intoxicación etílica o después de rudas faenas. Durante la gestación, la madre no recibe la alimentación ni el trato adecuados, no hay higiene del embarazo para la campesina, que sigue inclinada sobre el metate y el comal, sigue recibiendo azotes del

marido y sigue viviendo en un ambiente carente de profilaxis. Después, una primera infancia desastrosa, mala alimentación, helmintiasis, tuberculosis. Vida en promiscuidad con cerdos y gallinas. Segunda infancia deplorable, sin escuela, sin vacunas, tomando agua contaminada, trabajando como bestia, mal tratado y viendo malos ejemplos. La desnutrición, la avitaminosis, la gestación del complejo de inferioridad. A menudo la oligofrenia, la epilepsia. Durante la adolescencia el hemosexualismo o el desenfreno heterosexual y el etilismo y el juego de apuestas.

Un sujeto que llega así a la juventud y a la edad adulta, es generalmente un apático si se apega a la ramplona e insuficiente instrucción religiosa que recibe en los poblados y rancherías, o un feroz egoísta si se apodera de él un ateísmo sin educación como ha sido usual en el ambiente rural a la antigua.

Por eso lo único que entiende el campesino débil mental de las generaciones recién pasadas y en grado todavía arraigado irremediablemente el de la generación presente, es la posesión de su pedazo de tierra, el concepto primitivo individualista de la propiedad privada y el odio incomprendido hacia el mejoramiento colectivo mediante la evolución o mejor aún mediante la revolución.

Es labor patriótica y socialista sincera pugnar por la intensificación de la labor educativa en la segunda infancia y la adolescencia de los campesinos; lo es también ayudar a la salubridad pública, a la higiene de la alimentación, a la higiene infantil, a la higiene de la habitación, al mejoramiento del salario, a la jornada soportable y justa, a la campaña antialcoholista, a la profilaxis de las enfermedades transmisibles y a la lucha antivenéreasifilítica, y a todo ello agregar la higiene rural, la higiene mental, incluyendo la enseñanza moral del labrador de la tierra mexicana mediante un amor amplio a la misma, con ideología colectivista, aconsejándole mejor trato a su mujer y sus hijos para mejorar la raza, menos culto a la holganza y más confianza en los resultados del trabajo organizado.

*

*

*

El mejoramiento del campesino no va a la misma velocidad que el mejoramiento del obrero manual de las ciudades, y ello se debe a los factores señalados, que dan por resultado una mentalidad deficiente en el trabajador del campo. Existe debilidad mental, tendencia individualista del inconsciente colectivo, y ésto ha de combatirse en México por medio del Estado socialista, dentro de cuyo seno se han logrado encausar en este

sentido las actividades de sus sectores, principalmente en los trabajos de la Secretaría de Educación Pública, de la Universidad Nacional Autónoma, del Departamento de Salubridad Pública y del Departamento Autónomo del Trabajo.

Fué triste describir a grandes rasgos la dolorosa condición de la mentalidad de los campesinos, pero es ahora motivo de satisfacción señalar que la ruta emprendida es la más racional y ella ha de llevarnos a elevar a la clase campesina al nivel preponderante que le corresponde.

*

*

*

De lo anterior se concluye:

1o.—Las condiciones de mejoramiento del trabajador del campo, son inferiores a las del obrero manual de las ciudades.

2o.—La inferioridad del campesino estriba sobre todo en su déficit mental consecutivo a las malas condiciones en que ha vivido por generaciones.

3o.—Convendría la creación de una oficina de control o supervisora de las labores en pro de la clase campesina y que tendría que atender a la adecuada aplicación conjunta de los medios de mejoramiento social:

- a) Higiene rural;
- b) Escuelas rurales;
- c) Higiene ejidal;
- d) Educación cívica y militar del campesino;
- e) Higiene mental; eugenesia y ortofrenia;
- f) Organización del trabajo colectivo;
- g) Independencia económica;
- h) Aplicación estricta del salario mínimo;
- i) Lucha antialcohólica; toxicomanías;
- j) Créditos agrícola y ejidal;
- k) Cooperativas agrícolas y ganaderas;
- l) Comunidades ejidales y agrarias diversas;
- m) Otros sectores afines;
- n) Oficina de conexión y acercamiento pro-unificación de las clases trabajadoras.

4o.—Esa oficina tendría por objeto simplificar y unificar las labores hoy diseminadas y podría dejar encausada de manera definitiva la mar-

cha del progreso campesino cuando su adelanto sea proporcional al de los otros sectores sociales mayoritarios.

5o.—En todas las labores, especialmente las educativas y las de funcionamiento agrario organizado, habrá que tener en cuenta la condición actual de la mentalidad campesina.

6o.—Dada la limitación del pensamiento discursivo en el trabajador del campo y su deficiente comprensión, habrá que insistir por ahora en una demostración de las ventajas individuales que reporta el mejoramiento colectivo. El equilibrio social egoaltruista se logrará mediante la transacción y hasta la complacencia con el interés personal de la pequeña propiedad privada, y poco a poco se transferirá en el mejoramiento colectivo.

Aportación al Primer Congreso Nacional de Higiene y Medicina del Trabajo (México, 15-21 febrero 1937.)

MERCUROCROMO - OXIFLUORESCEINA SODICA SALUBLE

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN

AV. CHAPULTEPEC, 297

MEXICO, D. F.

UNICOS DISTRIBUIDORES DEL PODEROSO ANTISEPTICO

MERCUROCROMO - OXIFLUORESCEINA SODICA

SAL PURISIMA CONTROLADA QUÍMICA Y BIOLÓGICAMENTE POR LOS QUÍMICO-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:

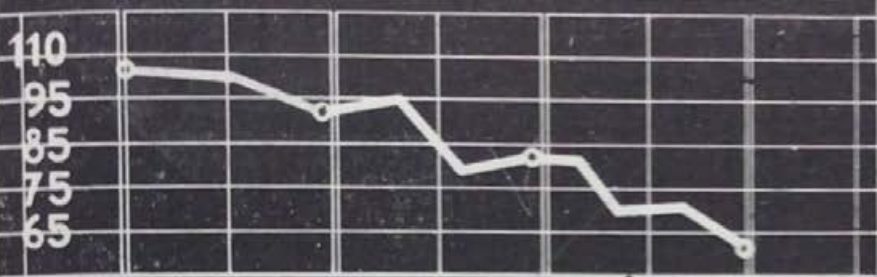
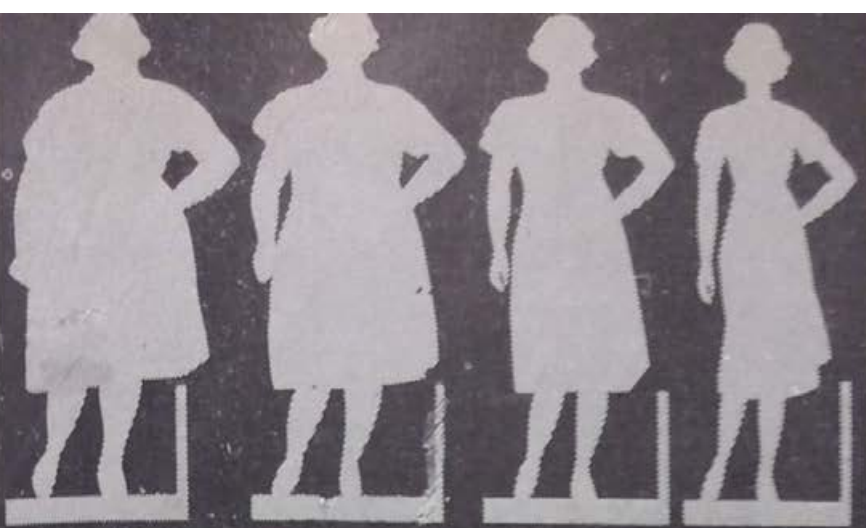
Me intereso por la sol. MERCUROCROMO - OXIFLUORESCEINA y desearé se me remita libre de portes una muestra (fraseo de 1 gramo para experimentación,

Nombre

Dirección

Estado.....

CUPON



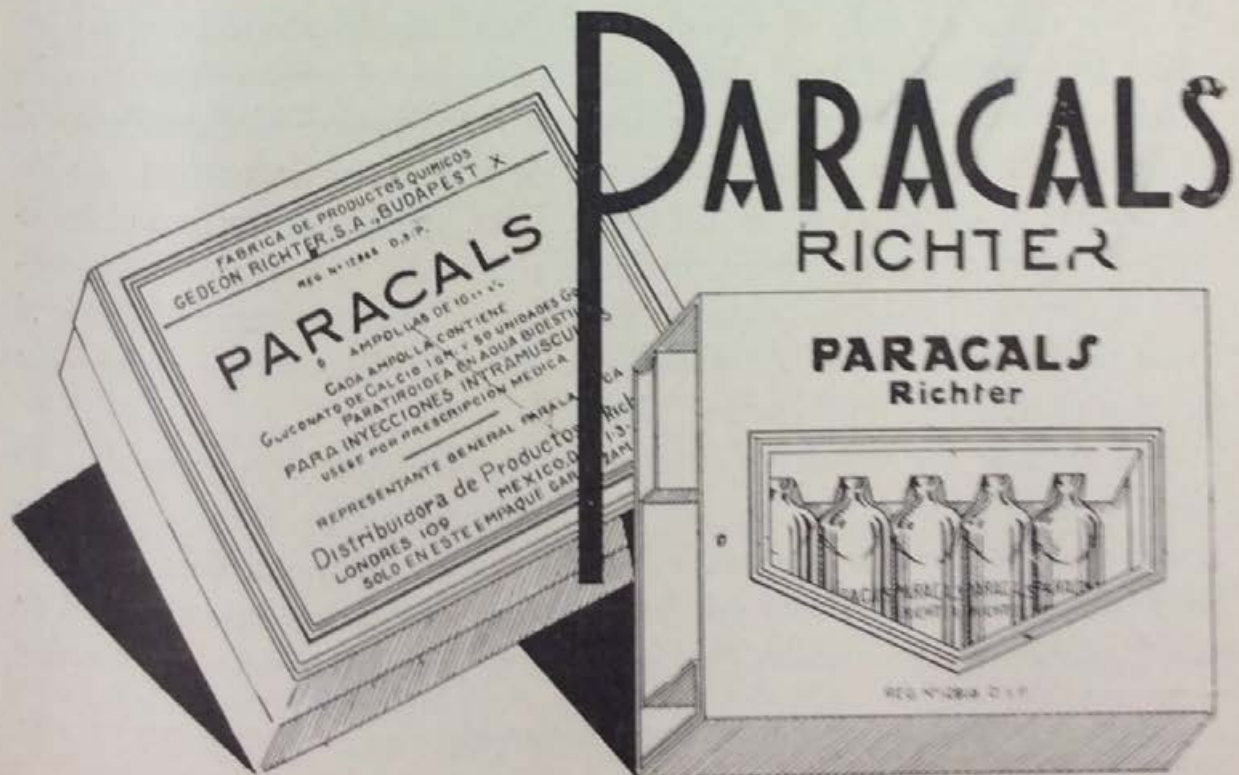
GLANDIPOSAN

„RICHTER“

(TIRO-ANTEFISAN)

PREPARADO MODERNO PARA EL TRATAMIENTO HORMONAL COMBINADO DE LA OBESIDAD, SIN TRASTORNOS CARDIACOS SECUNDARIOS.

FRASQUITOS DE 25 Y 50 GRAGEAS



Un Caso de Responsabilidad Médica ⁽¹⁾

Por el Dr. ALBERTO
LOZANO GARZA

Los suscritos, Peritos Médico-Legistas, a efecto de dar cumplimiento a lo mandado por el C. Agente Investigador del Primer Turno en la Séptima Delegación, hemos leído las constancias procesales relativas al caso de la Sra. "PROFESORA EN CIENCIAS OCULTAS", Doña X. X; vs. el Dr. N. N., con el resultado que sigue.

La aludida "Profesora en Ciencias Ocultas" sufrió a fines del año de mil novecientos treinta y cinco una herida que le produjo (así se lo dijeron y así consta declarado en autos: ella no se dió cuenta del hecho) un instrumento punzo-cortante (extremo de una porción de tubo de vidrio "pipeta"-rota) en la palma de su mano izquierda.

No existe en todo el expediente judicial documento alguno que precise (datos valiosos para el diagnóstico anatómico y puntos fundamentales desde el punto de vista de la terminología de nuestro Código Penal) ni el sitio de la pérdida de la continuidad de la piel, correspondiente a aquella herida, ni las dimensiones del orificio por donde tuvo acceso el instrumento vulnerante mencionado, ni la dirección del trayecto que siguió dicho agente, ni los varios órganos importantes que resultaron dañados, ni otros rasgos tendientes a la formulación del diagnóstico etiopatogénico que apunta el instrumento llamado "pipeta".

Acerca de los anteriores particulares la autopsia de la mano en cuestión, llevada a cabo por los suscritos inmediatamente después de cercenada, permitió conocer muchas lesiones que irán mencionándose en el curso de este escrito; sólo que por haber, a la hora de tal investigación, antecedentes de un acto quirúrgico practicado por un cirujano precisamente

(1) Por tratarse de un dictamen interesante, se reproduce íntegro, aunque suprimiendo nombres

en el sitio de la herida (acto quirúrgico cuyos detalles desconocíamos por entonces) tal diligencia médico-legal no podía, y no pudo *de facto*, discriminar con exactitud, cuánto pertenecía a la herida punzo-cortante traumática original, y cuánto a la herida, también punzo-cortante, pero quirúrgica y ulterior, que practicó el cirujano, estimación por demás jugosa, es claro, al rededor del tema de la "responsabilidad" e "imprudencia" del Dr. N N, cuya era la Casa de Salud donde resultó lastimada, en la forma que ya se apuntó y después se explica, la señora, quien dice de aquella "responsabilidad" y de aquella "imprudencia".

A mayor abundamiento la reiteración de las maniobras instrumentales secundarias y de origen quirúrgico efectuadas en el sitio de la laceración primitiva, y seguramente también la repercusión trófica sobre ese mismo lugar, consecuencia de las lesiones nerviosas que más lejos se aclaran en la medida de lo posible, fueron causa de la formación en la localidad que más importaba estudiar por medio de las disecciones autópsicas, de un mazacote cicatricial de una zona que abarcaba varios centímetros de la longitud, otro tanto de la latitud, y no menos de la profundidad, de la porción central de la región de la palma de la mano izquierda de la señora "Profesora"; mazacote que hizo difícil, cuando lo permitió, el aislamiento necrópsico y la identificación, de los órganos.

Desgraciadamente, además, en punto a precisiones de diagnóstico anatómico de parte de los seis médicos (sin contar los legistas) que observaron a Doña X. X., antes de ser amputada y autopsiada su mano, ninguno es muy cumplido, o por lo menos no lo es tanto, cuanto ahora lo necesitan las demandas de aquella dama. Así, el facultativo que más dice, habla por boca de la quejosa, de "sección de tendones, de nervios y de vasos", sin especificar qué nervios, qué vasos y qué tendones fueron tocados, en una región que no es otra cosa que un apretado haz de elementos de aquellas clases; otro facultativo asevera confusamente que la "mano está mala y necesita operación"; uno más dice que la herida no fué suturada (debe entenderse que en los planos superficiales, los visibles después de la cicatrización, y que se necesita "precisar la situación anterior"; alguno repite la historia de los "tendones" y se refiere a la "sección del mediano" (nervio) y a la "falta de sutura", sin detallar qué tendones, ni si la sección del aludido nervio fué completa o incompleta (noción anatomoclínica, ésta, banalísima, pero enormemente significativa desde cualquier punto de vista médico y legal, que se quiera) ni si la consabida sección tuvo lugar a tal o cual altura del recorrido del mediano, en su porción palmar pongamos por caso (este nervio es muy largo) altura que cuenta lo indecible en el terreno jurídico en que ahora se debate el asunto; no falta quien men-

Tratamiento Moderno de Algunas Afecciones Nerviosas
 ANTIEPILEPTICO, SEDANTE Y ANTIESPASMODICO

“BORIL”

M. I. Reg.

Reg. No. 16913.

Prop. No. 3233 D. S. P.

COMPOSICION:

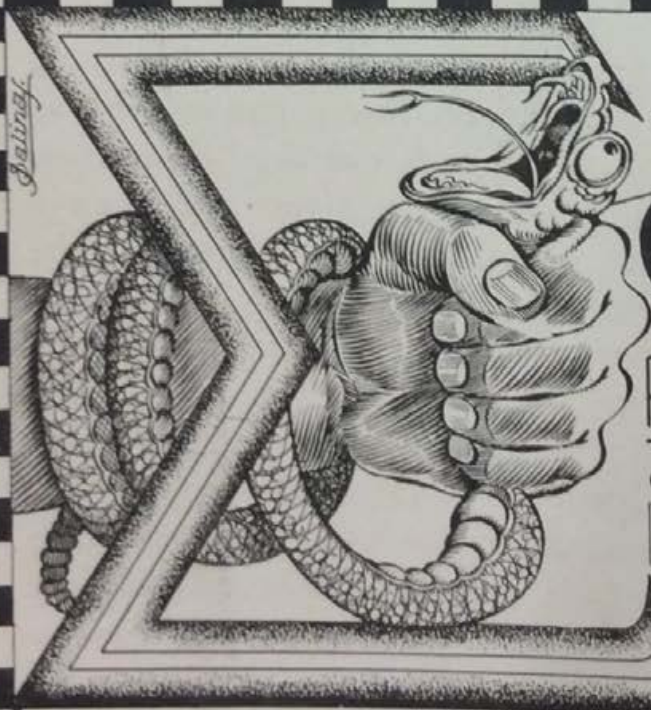
Boro-tartrato de Sodio	40.00	gramos
Acetilcolina Bromhidrato	0.17	”
Sal Sódica del Acido Feniletilbarbitúrico	1.00	”
Agua destilada..... C. b. p.	100	”

PRODUCTO NACIONAL

“COMERCIAL REUNIDA,” S. A.

PUEBLA 51.

MEXICO, D. F.



Sigma
 PRODUCTO
Sanyjn

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

COMODO, ECONOMICO,
 TOLERABLE Y EFICAZ.

Sanyjn CIA. MANUFACTURERA QUIMICA, S.A.

MUESTRAS Y LITERATURA A
 DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS

APARTADO - 2612 - MEX. D.F.
 REG. N° 13146 DSP.

Usese exclusivamente
 por prescripción y bajo la
 vigilancia médica.

ne tan sólo, la "atrofia de la palma", (cosa que no comprobó la autopsia) ni quién emplee términos aún más vagos, como son los de "cicatriz grande e irregular que ocupaba la palma" (lo cual tampoco resultó cierto según la autopsia, sino con las grandes limitaciones que dice el dictamen correspondiente); y hasta el operador que tuvo a la vista la zona topográfica que nos incumbe, se muestra reticente, y por lo mismo incierto, cuando expresa aquello de la "cicatriz adherente" (no se sabe exactamente dónde estaba, ni de que extensión era la cicatriz; mucho menos cuando más tarde el médico del caso casi niega este dato, lo de los "dos nódulos nerviosos que *casi seguramente* correspondían a inervación de los dedos índice y medio", (por qué no suprimir el "casi seguramente"? lo de que "no encontró durante la intervención los tendones de los músculos flexores "superficiales" de dichos dedos, y lo de que "no se dedicó a explorar los arcos palmares" arteriales y venosos, así fueran superficiales o profundos. De los tendones de los músculos flexores profundos de los dedos índice y medio de la mano izquierda, ni palabra. Lamentamos desde luego no tener a la mano informes que pudieron haber proporcionado en su oportunidad, el practicante del sanatorio, un médico del rumbo y el Dr. N. N., quienes observaron a la paciente a poco de herida, y la trataron, no se sabe cómo (el que no hubiera suturas-superficiales-como afirman algunos médicos, es lo de menos) a la sazón. De todos modos son los escasísimos síntomas locales y tardíos que había, o que señalaron otros médicos como existentes en la persona de la señora X. X., el muy aparente síndrome algico de Weir-Mitchel que constataron otros dos señores Doctores, calificados de muy sabios; los datos que obtuvo el cirujano en ocasión de la labor cruenta que tardíamente ejecutó; y los hallazgos autópsicos de la mano: son los que nos conducirán hacia el objetivo de formar opinión en lo tocante a las características de la herida accidental original. El estado de las cosas nos permitirá tal propósito, obligándonos a ir atando cabos por aquí y por allá; en la inteligencia de que los síntomas (excepción hecha de la causalgia, que permanecía inalterable) que los firmantes de este escrito encontraron al efectuar un examen a la interesada, antes de que se amputara su mano enferma, no sirvieron para gran cosa, en relación con este concretísimo punto, por la sencilla razón de que en la fecha respectiva estaba ya hecha la "neurotomía" quirúrgica total del tronco del nervio correspondiente, y por lo mismo, muy modificado el cuadro de las manifestaciones clínicas sensitivas, motrices, tróficas, reflejas, etc., o inexplorables, por razón de la facilísima provocación de dolores demasiado fuertes.

Nos explicamos en seguida. La circunstancia de que la herida ori-

ginal haya sido hecha con el extremo "agudo seguramente" de un tubo de vidrio, roto antes, y empuñado con la mano derecha, y de un solo golpe (instantaneidad de que habla la testigo presencial Z. Z.); la circunstancia de que los suscritos hayan encontrado en la palma de la mano izquierda de que hablan todos los médicos que les precedieron en el estudio de Doña X. X., más, precisamente, en la rama inferior de la "M" clásica de los pliegues palmares, una cicatriz lineal (ya retraída) como de cuatro centímetros, de herida quirúrgica obtenida previa desbridación (se entiende que hacia arriba y hacia abajo, en términos de probabilidad) de la cicatriz de la herida original; la circunstancia de que los mismos suscritos hayan encontrado el mazacote cicatricial extendiéndose desde la piel de la palma, hasta el plano huesoso, envolviendo, todos los elementos salidos de la canaladura carpiana inmediata superior; la circunstancia de haber los propios infrascritos encontrado, mediante el reconocimiento autopsico, seccionados, con las apariencias de lesiones antiguas (gran retracción en el sentido transversal) los arcos palmares arteriales y venosos, superficiales y profundos, (arcos que ya no encontró el cirujano) como encontraron seccionados (y retraídos longitudinalmente) los tendones de los músculos flexores superficiales y flexores profundos de los dedos índice y medio de la mano a que se están refiriendo; la circunstancia de que mientras el cirujano encuentra en la profundidad de la palma de la mano, después de desbridar la cicatriz del traumatismo primero, "nódulos neuromatosos" de ramas del mediano (terminales a los ojos de cualquier anatomista un poquitín conocedor de su materia) que se dirigían a los dedos índice y medio, mientras eso halló el cirujano repetimos, los suscritos no encontraron más sección del tronco nervioso del mediano, que la neurotomía total que ejecutó otro médico en punto lejano de la herida original y superior a ella; la circunstancia de que consten en autos registrados desde el punto de vista motor únicamente fenómenos banales, explicables en parte por la sección tendinea ya expresada en renglones anteriores, y en la parte restante por la sección de las *ramas terminales* que especificó el Cirujano con toda claridad, explicables, decimos, sin necesidad de hacer intervenir la sección completa del nervio mediano, sección completa que dicho sea de paso, no se pudo realizar en la rama inferior de la "M" de los pliegues palmares, sino más arriba; la circunstancia de que los fenómenos tróficos de la mano enferma también hayan sido banales, como los motores, e igualmente explicables que éstos; y la circunstancia, finalmente, de que los fenómenos sensitivos se caracterizaran a la postre por su naturaleza "megálgica", hasta formar por entero el aparatoso y crudelísimo síndrome de Weir-Mitchel, observable exclusivamente en las

secciones incompletas de los nervios, casi electivamente del mediano: Llevan al siguiente diagnóstico, perteneciente a los últimos días del año de mil novecientos treinta y cinco y a los primeros de mil novecientos treinta y seis, época en que la lesionada estuvo a cargo del Dr. N. N., primero en su sanatorio, y después fuera de él: Herida producida por instrumento punzo-cortante, con orificio cutáneo como de un centímetro o centímetro y medio, situada en la porción media de la rama inferior de la M. de los pliegues palmares de la mano izquierda, que interesó la piel, el tejido celular, la aponeurosis, los arcos palmares arteriales y venosos (los superficiales y profundos) los tendones de los músculos superficiales y profundos de los dedos índice y medio, y las ramas terminales segunda y tercera del nervio mediano, a la altura de su arranque del tronco principal, con dirección (el trayecto general de la herida) de adelante hacia atrás, de arriba hacia abajo y de afuera hacia adentro; con analgesia (tal vez también anestesia táctil y térmica) palmar, de los dedos dichos, con más disminución apreciable de la movilidad de los mismos dedos en el capítulo de su flexión (de doble origen tendíneo y nervioso) y disminución ligera de los movimientos todos de los otros apéndices digitales, seguramente por dolor propagado, y finalmente, con pérdida sanguínea de cantidad media (la transfusión sanguínea que dió N. N., a la enferma pudo haber reconocido como motivo, además de la hemorragia, un estado de colapso más o menos señalado producido por el tratamiento anti-morfinomaniaco y sus secuelas). Un poco después, transcurridas algunas semanas, el diagnóstico corresponde, en lo síndromico, a causalgia rebelde del miembro superior izquierdo, sin variar lo dicho en el párrafo anterior acerca de los otros aspectos del diagnóstico.

Más tarde, ya practicadas las simpatectomía perihumeral y la neurtomía total troncular del mediano, el diagnóstico anatómico se modificó al tenor de las operaciones que se acaban de citar; y el síndromico, sin despojarse de la causalgia, ahora más merecedora del título de rebelde, abarcó la parálisis motriz, sensitiva, y trófica, de la zona de distribución del nervio mediano, por abajo de la muñeca. A últimas fechas, ya ejecutada la amputación del antebrazo izquierdo a la altura de su tercio medio, el diagnóstico quedó definitivamente así: pérdida anatómica y funcional de la mano izquierda y de la mitad distal del antebrazo del propio lado, médico legalmente consecutiva a la herida punzo-cortante primera ya antes apuntada. Preciso el diagnóstico de la lesión que sufrió la señora, en los términos consignados en los renglones inmediatos superiores, pasemos a la "responsabilidad técnica médica" o a la "imprudencia punible"

del Sr. Dr. en cuyo sanatorio, como ya quedó expuesto, fué lesionada la quejosa.

Al punto hacemos algunas consideraciones a la posible "responsabilidad técnica médica", dejando para más tarde la "imprudencia punible"; claramente manifestado que vamos a tratar dichos puntos de estudio únicamente con criterio médico.

Desde luego está bien averiguado que fué la propia quejosa, por entonces morfinómana que usaba grandes dosis de tóxico, quien se produjo la lesión original, mediante un trozo de tubo de vidrio que ella misma había violentamente empuñado con la mano derecha, para romperlo (el tubo de vidrio) en seguida, sobre la cama donde yacía o sobre una pared al alcance de su mano, y para hundírsele, también en seguida, en la palma de la mano izquierda.

Otro sí está puesto en claro que fué en un exceso de excitación (desesperación, gritos", reclamo apremiante de "droga", deseo de "suicidio), sobrevenido en un despertar de la narcosis permanente a que parece haber sido sometida por aquellas fechas la morfinómana Sra. X. X., para su tratamiento, cuando la primera arrebató, brusca e inevitablemente, de manos de su "enfermera" a las altas horas de la noche en que los acontecimientos ocurrieron, un vaso con agua, y la "pipeta" heridora.

Asímismo es evidente que doña X. X. después de lesionada, entró de nuevo en narcosis, no sé sabe si por reinstalación espontánea del efecto de la dosis medicamentosa primitiva, o si a merced de una nueva.

Igualmente es un hecho que de pronto la paciente fué atendida por la "enfermera", por alguna otra pseudo-enfermera, y por el practicante; más tarde, por éste último, y por un doctor del rumbo, llamado por aquel practicante, averiguado que fué no ser posible localizar al Sr. Dr. N. N. y luego, por éste último profesional y el personal a sus órdenes. Se ignora, por falta de informes de persona capaz, cómo fué tratada médicamente la herida, fuera de los cuidados asépticos de primera intención; pero de todos modos se sabe que *la terapéutica resolvió dos problemas considerados en el ejercicio profesional como muy serios*, que plantearon las circunstancias del traumatismo, y que no se pudieron de ninguna manera resolver espontáneamente, a saber: PRIMERO: La hemostasis de los arcos palmares arteriales y venosos (los superficiales y los profundos); SEGUNDO: La eliminación de la infección de la herida, causada por un instrumento antes puesto en manos muy sépticas y hundido en una región igualmente infectada (enferma "batida en inmundicia) y en un sujeto viejo (o avejentado por la intoxicación crónica por medio de la morfina) y profundamente, por lo mismo, lesionado de sus vísceras desde hacía años,

y por los narcóticos substitutivos desde hacía días, o lo que es equivalente, despojado de infinidad de defensas orgánicas naturales.

En cambio no quedaron solventados dos extremos: el de la sección de cuatro tendones muy importantes, los de los músculos flexores superficiales y profundos de los dedos índice y medio, por un lado; el de la sección de dos ramas terminales del nervio mediano, por otro. Pasemos a comentar estos pormenores.

En primer lugar el diagnóstico inmediato o algo tardío, único que competía a los señores Practicantes y Dres. N. N. y el del rumbo, en particular el de las lesiones tendinosas que debieron, caso de ser muy rigurosos ser reparados *incontinenti*, ha de haber sido muy difícil para los aludidos, por no decir imposible, visto que estaban tratando con una enferma, por lo menos en estado de narcosis. Al respecto cabe decir que ningún médico de los ocho que examinaron a doña X.X., después de N.N. y el del rumbo, y antes de la autopsia de la mano, toca el punto que estamos debatiendo. Apenas si el cirujano, y eso después de abierta a su placer la palma de la mano enferma mediante operación sangrante, apuntó, no certificó categóricamente, la lesión de dos, no más, de los cuatro tendones realmente seccionados.

En segundo lugar el diagnóstico inmediato o poco tardío de la sección de dos ramas terminales del nervio mediano que en términos de mucho rigor clínico era de la competencia de las tres personas que examinaron tempranamente a la lesionada, y que igualmente en terrenos de mucho rigor terapéutico debieron ser suturadas sin tardanza, también ha de haber presentado múltiples e invencibles dificultades en el caso de la Psicópata (Profesora en Ciencias Ocultas) morfinómana y narcotizada que ya se ha dicho innúmeras veces, cuya sensibilidad y cuya movilidad voluntarias eran casi nulas en todo su organismo, hacia la época en que se vulneró su mano. Para medir las dificultades de aquel diagnóstico y de aquella terapéutica, tómese en cuenta que otros tres Doctores no hablan de lesión del mediano. Fué preciso que se organizara de *toutes pieces* la causalgía, síndrome detonantísimo, y tardío siempre, para que dos profesores universitarios, primero, así como dos Médicos Legistas después, anunciaran la "lesión del mediano" (nervio muy grueso, muy largo y de distribución amplísima y variada desde el punto de vista de la sensibilidad, de la movilidad, de la reflectividad y de la troficidad) más no en particular la sección de dos de sus pequeñas ramas terminales. Fué el cirujano y operando (tenemos entendido que ya desintoxicada la enferma, cosa que procedía hacer en determinado tiempo) quien se topó con los detalles, mejor dicho minucias nerviosas, de la herida a discusión. De cualquier

modo, si el practicante, el médico del rumbo y N.N., lograron diagnosticar (cosa que no sabemos si sucedió) la lesión tendínea, que efectivamente existía, con sus trastornos motores inevitables, entonces el diagnóstico de la lesión nerviosa realmente existente hubo de revestir caracteres de imposibilidad casi completa, por no decir de adivinación.

En tercer lugar, aún suponiendo que N. N. se hubiera dado cuenta a primera vista de todos los problemas que abarcaba la lesión y aun ahora para todo mundo, *a posteriori*, por razón de la existencia de la causalgia y por razón de lo que puso en claro la intervención del cirujano y la autopsia, ya son muy fáciles de ver; no creemos, dadas sus multiplicidad, ni que los hubiera *podido* resolver, ni que los hubiera *debido* resolver; lo primero, porque hasta para la misma Penélope había muchas cosas que reparar (cuatro cabos nerviosos, ocho cabos tendinosos y ocho cabos casculares, sin contar los demás órganos accesorios); lo segundo, porque desde el punto de vista de la marcha aséptica de la lesión, tantas maniobras como se necesitaban para la *restitutio ad integrum* de la región, no los hubiera podido resistir la paciente, insistimos en decirlo, psicópata, vieja, morfinómana de larga data, y narcotizada desde hacía días probablemente con barbitúricos.

En cuarto lugar, aun suturados inmediatamente después de su rupura, los tendones, y sobre todo los nervios (los arcos palmares deben haber sido obturados; de otro modo no se había logrado la hemostasis) entendemos que los fenómenos causálgicos, únicos que requirieron más tarde la amputación, no se hubieran evitado por ello, ni siquiera en el supuesto y remotísimo caso de que todas las suturas hubiesen "pegado".

Hasta aquí lo relativo a la "responsabilidad técnica médica" curativa de N. N. obligado a atender la lesión traumática que sufrió la señora X. X., responsabilidad que yendo de explicación en explicación de las que venimos de escribir, va resultando, caso de existir, más y más difícil de ver, por su tenuidad cada vez mayor, y su más pequeña realidad a cada paso. Véamos ahora la "responsabilidad técnica" profiláctica de los accidentes traumáticos sanatoriales que le puede pertenecer al Sr. Dr. N. N.

Es claro que la técnica de la profilaxis susodicha requiere, dicho sea en términos generales (poco valen los detalles en esta vez) cuatro cosas: la primera es la erección de un edificio *ad-hoc*; la segunda es la dotación de tal edificio y de sus anexos, con los materiales móviles y fijos necesarios para el alojamiento y para la atención médica, amén de otros servicios accesorios; la tercera es la formación de personal idóneo, de diferentes categorías; y la cuarta, la buena dirección de parte de la plana mayor, y la disciplina, dedicación y laboriosidad de los personales mediano e inferior.

Naturalmente que la fase pecuniaria es cosa esencial en los sanatorios. El valor de las cuotas, que tiene que correr parejas con el monto de las posibilidades de los internados, monto que puede variar, con la clase social, la época en que se viva, el país en que está ubicado el sanatorio, la especie de actividades médicas a que se dedique cada casa de salud, y otras muchas circunstancias, puede modificar muy extensamente lo que deba entenderse por instalación *ad-hoc*, personal idóneo, buena dirección, disciplina, dedicación, laboriosidad, etc. Sea de ello lo que fuera, por medio de diversas diligencias judiciales llevadas a cabo en el sanatorio con intervención muy directa de los suscritos, en enfermos allí asilados, los mismos suscritos se han formado en cuanto a condiciones de organización y funcionamiento de dicho nosocomio, el parecer de que se halla aproximadamente en las mismas o un poco mejores condiciones que algunos establecimientos oficiales congéneres u oficialmente otorgados. Es de advertirse, eso sí, lo que a renglón seguido se leerá.

En nuestro país no se puede ser muy exigente todavía en punto a obtención, para sanatorios, de enfermeras de carrera, porque no existe bien organizada la enseñanza vitalísima de la Enfermería en general, menos, la de las especialidades de esa profesión, como corresponde, de la misma ma-

SANYIN

BIYO-GLICOL

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

Sanyin

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

nera que a otras, adquirirla a la enfermera psiquiátrica; díganlo si nó, las enfermeras auténticas con que ya contamos, que acaban de pedir a la Universidad Nacional el establecimiento de la FACULTAD DE ENFERMERIA, OBSTETRICIA Y TRABAJO SOCIAL. Item más, son muchas las instituciones oficiales que absurdamente dan nombramientos de enfermeras a personas preparadas sólo para degradar prácticamente, y desde el punto de vista de los conceptos, por su inconciencia y su falta de espíritu de sacrificio, los nobles servicios de aquella especie de trabajadoras de la Medicina, y para cerrar el acceso, a campo tan fecundo de la profesión médica, a gentes de mejores y más grandes capacidades. Dicho sea todo ésto como réplica a lo que aseveran en el expediente varios enfermos mentales y testigos a la vez, acerca de la "eficiencia" de las enfermeras del Dr. N. N. al mismo tiempo que despotrican, imitando a otros muchos enfermos que tal hacen por razones Psicológicas no muy secretas, del "aseo", de la "asepsia" y de la solicitud, de la casa donde por lo menos ¡vaya minimum! ganaron la salud, de males horrendos en grado superlativo.

Es entonces perdonable que en una "casa que ostenta el nombre de sanatorio", como dice una testigo, para enfermos mentales y del sistema nervioso, ocurra un accidente como el de la señora X. X ? No es posible responder categóricamente, aun cuando para un idealista de la terapéutica la contestación sea un "no" rotundo; pero así se puede afirmar que no es conocida hasta hoy casa de orates alguna, o mejor dicho, "casa de salud para enfermos nerviosos" así sea de gran fuste y no menor fama por lo alto de su técnica y lo acucioso y refinado de sus servicios, donde no ocurran en puridad de verdad, sobre todo a ese tipo de pacientes llamados toxicómanos, desgracias tan graves como la que venimos comentando; ello, muy a pesar de que se extremen las medidas precautorias de toda índole, entre éstas, el entrenamiento perfecto y la selección meticulosa de los médicos, de las enfermeras y demás empleados encargados de la vigilancia y restantes atenciones.

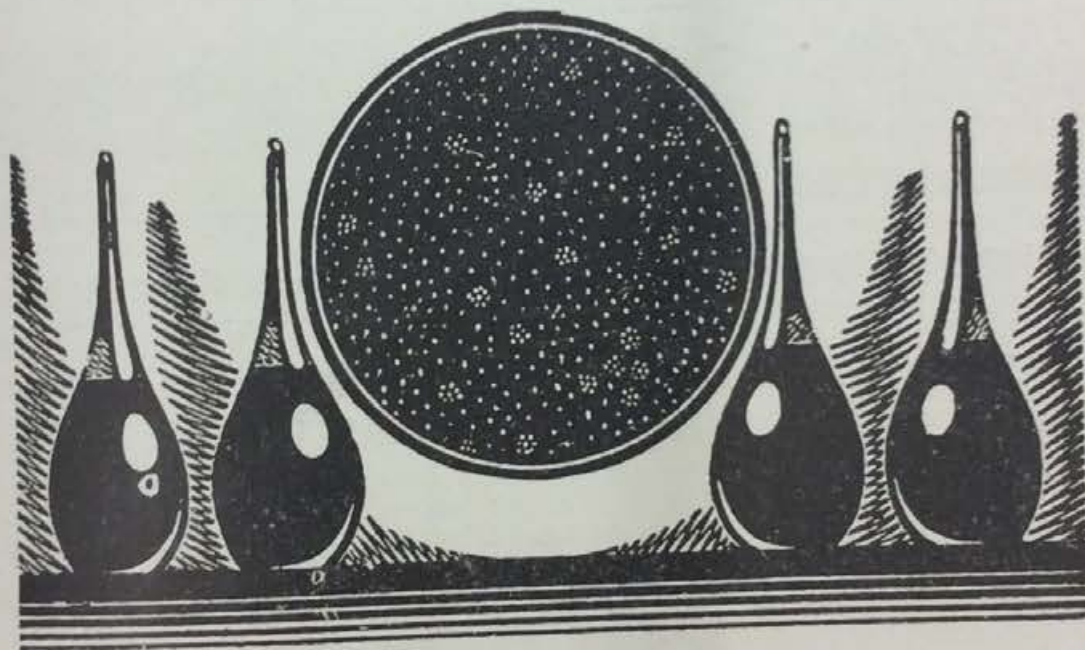
Parécenos, pues, con lo que acabamos de explicar, que queda justificada la opinión que hoy damos a conocer, de que también la técnica de la profilaxis de los accidentes en el sanatorio de N. N. es satisfactoria, atentos a las peculiaridades de nuestro ambiente social y de nuestra cultura y progresos médicos.

Ahora otro asunto, el de la "imprudencia" del Sr. Dr. N. N. En torno de la cuestión mucho está dilucidado en su favor, en lo que aseveran los párrafos precedentes. Fáltanos considerar, sin embargo, lo prudente

o imprudente de poner bajo narcosis o hipnosis permanente, para su tratamiento, a una morfinómana.

El procedimiento ha dado ya sus pruebas en muchos padecimientos mentales. Por ser nuevo, se carece de experiencia firme respecto a su aplicabilidad y eficacia en morfinómanos, combinado con el destete brusco o lento de la morfina. Pero no hay razón de peso para desecharlo en casos como el de la señora X. X., muy resistente al método de la disminución progresiva sola, o de la suspensión brusca aislada.

La imprudencia no estriba en instituir, en un caso de morfinómania, la hipnosis prolongada. La imprudencia está en abandonar un ejemplar de éstos, en no prever a la alimentación, a la evacuación de la vejiga y del intestino (este último se evacúa involuntaria e inevitablemente durante el tratamiento) al aseo, a un posible despertar en estado de excitación más o menos señalada, por falta de la "droga", a un decaimiento del órgano central de la circulación, a una insuficiencia hepática o renal, etc. Y en el de la Sra. X. X., tales requerimientos (de los que



BISMUTHOIDOL

(Bismuto Coloidal)

Reg. No. 10431 D. S. P. Prop. 3963

EL BISMUTHOIDOL ROBIN: ES EL ESPECIFICO IDEAL PARA LA SIFILIS.—ES UN BISMUTO COLOIDAL EN SOLUCION ACUOSA.—ES COMPLETAMENTE INDOLORO—NO SE ACUMULA EN EL ORGANISMO.—NO PROVOCA CHOQUES HEMOCLASICOS.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

SULFOIDOL ROBIN

(azufre coloidal granulado)

Poderoso coadyuvante en el tratamiento de la sífilis.

DESINTOXICACIONES METALICAS COLOIDALES.

ALGUNAS VECES COMBATE y hace DESAPARECER los ESTADOS REFRACTARIOS

Representante para la República Mexicana

MAX ABBAT

Lucerna 47.

México, D. F.

se han podido recabar informes por parte de los suscritos) sí se satisficieron según se desprende de declaraciones de la supradicha y de la enfermera en forma que se ajustaba a la categoría del Sanatorio de N. N. (perfectamente conocido de antemano por la acusadora) clasificado de acuerdo con las cuotas que se le cobraron a la paciente según documentos que obran en autos; bien entendido que la narcosis permanente a que fué sometida esta última, la suponemos, conocidos los efectos que producía una bebida que le suministraban con el nombre de "chocolate" y que en realidad no era tal cosa; y bien entendido que el retiro de los "familiares" y de las "enfermeras particulares", de las labores de vigilancia y demás cuidados, que exigió V. N., a la señora X. X. fué a todas luces conrrecto desde el punto de vista de la técnica y de la prudencia, sabido que es desde hace mucho, como fracasan los tratamientos médicos de los toxicómanos de todas las especies, por efecto de las complacencias de los allegados, ignorantes o demasiado impresionables de las mentiras y ardides a que recurren los enfermos de marras, para adquirir los venenos de cuya costumbre se trata de curarlos, allende de otras razones de índole psicoterápica menos visibles.

Lo cual dado a conocer, nos permite decir, ya para terminar, que tampoco vemos en el evento desgraciado de la señora X. X., ninguna

Obras de la Sección de Ciencias Médicas de la Biblioteca Salvat

TRATADO DE ENFERMEDADES NERVIOSAS

por los doctores **Barraquer, Gispert y Castañer**

Constará de dos tomos en cuarto. Publicado el primero de 1.500 páginas, ilustrado con 448 grabados, algunos impresos en colores.

Manual de Psiquiatría y selección bibliográfica catalogada con un Apéndice

por el doctor **Emilio Mira**

Un tomo en octavo mayor, de 758 páginas, ilustrado con 63 grabados.

Manual del Enfermero para Pacientes nerviosos y mentales

por los doctores **Morgenthaler y Forel**

Un tomo en octavo mayor, de 360 páginas, ilustrado con 40 láminas.

Manual de las Enfermedades de los Países cálidos

por los doctores **Guiart, Garin y Léger**

Un tomo en octavo mayor, de 448 páginas, ilustrado con 94 grabados intercalados en el texto (Biblioteca del Doctorado en Medicina).

imprudencia clara y franca de parte del Sanatorio de donde dicha señora salió lesionada, ni de parte de los subalternos de aquel director, que lo era el Sr. Dr. N. N.

No es posible poner punto final a estas líneas sin aclarar que lo referente a la ministración de morfina a la señora X. X. por parte del psiquiatra N. N. no ha sido motivo de explanaciones mayores, por dos motivos. Uno de éstos es que no está debidamente evidenciado en autos, nos parece, que el Dr. N. N. haya hecho semejante ministración: sólo existe al respecto el aserto de quien tiene interés en que este médico resulte culpable.

Otro es, que caso de ser cierta la ministración del tóxico morfínico a la señora X. X. por razón de ser esta señora todavía morfinómana por el tiempo a que se contrae aquella ministración, no puede haber en ella ni "responsabilidad", ni "imprudencia" por parte de N. N., si se operó en determinada forma, sabido que es que para los trastornos orgánicos sistemáticos del ayuno de la morfina, principalmente en sujetos que no están internados (la señora "Profesora" no estaba internada) no hay más remedio que la misma morfina; y la "determinada forma" de operar a que acabamos de aludir, en el supuesto caso de que la paciente en cuestión no pudiera obtener el tóxico de otras manos que las de su médico (cosa ésta entre nosotros, como entre gentes de otros países, extraordinariamente difícil) habría consistido en la disminución progresiva, como único, aunque muy precario, procedimiento de cura de la toxicomanía; disminución progresiva que ciertamente nadie niega en autos como correspondiente a la técnica seguida en la señora "Profesora en Ciencias Ocultas" por su médico tratante, así haya dicho éste a su enferma que le estaba proporcionando un gramo, o gramo y medio, o dos gramos diarios, de veneno.

México, D. F., a cinco de noviembre de mil novecientos treinta y seis.

Nuevo Método para Producir Fiebre Artificial

Por el Doctor GUIDO
TORRES MARTINEZ

Hace unos días tuvimos el honor de recibir como huésped en la ciudad de México al Sr. Dr. C. A. Newcomb, Jefe del Departamento de Salubridad de Los Angeles, California, E. E. U. U. y a la Dra. C. Warren, su ayudante y jefe del departamento de Fisioterapia del hospital del propio Departamento en esta ciudad, quienes hicieron una visita oficial al Departamento de Salubridad para mostrar la manera como se procede en su país, para producir fiebre artificial en la campaña contra la sífilis y algunas otras enfermedades.

Instalaron un equipo de tres aparatos en el Hospital Morelos y tomaron un lote de 40 enfermas; ignoro si harían previamente las reacciones de Wassermann a cada una de ellas antes y después del tratamiento.

Utilizaron un aparato eléctrico llamado "CONDUCTO-TERMO" que aparece en la ilustración número 1, y como complemento indispensable otro llamado "IRRIGADOR DIERKER" para hacer lavados intestinales a cada uno de los enfermos antes y durante el tratamiento.

El "CONDUCTO-TERMO" se compone de dos partes fundamentales: un transformador propiamente dicho y un cojín eléctrico.

El transformador convierte la corriente de 110 volts y 10 ampers en 4.7 volts y 5 ampers, que es la que suministra al cojín; éste es un simple cojín eléctrico como los que se conocen en el mercado, y de un tamaño de dos metros de largo por un metro setenta y cinco centímetros de ancho, con objeto de que envuelva completamente al enfermo de pies a cabeza y lo caliente uniformemente, sin que haya lugares del cuerpo que reciban más calor que otros.

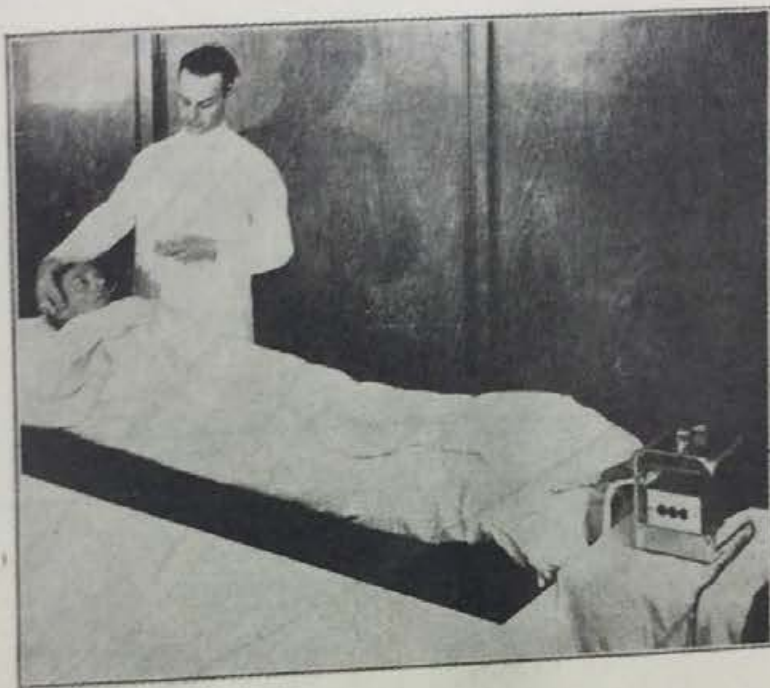
Este cojín está construído con resistencias de alambre tejidas en forma de malla, protegidas con asbesto y forrado de tela, con la particularidad de que nunca puede haber corto circuito por ruptura de las resistencias o alguna otra causa, pues una corriente de tan bajo voltaje no

daría lugar a ello, así como también por la forma en que está hecho.

Suministra un calor que no es suficiente para producir quemaduras en el cuerpo y es controlable por tres llaves que dan calor: bajo, medio y alto, con las respectivas combinaciones que pueden hacerse.

Cuando funciona el aparato se calienta el cojín, el que a su vez transmite el calor al enfermo que envuelve, pero este calor es solamente superficial, pues no hay paso de ondas de ninguna especie a través del cuerpo, la activa circulación de la sangre es la encargada de transmitir el calor a las partes profundas.

Es suficiente un calentamiento de una a una y media horas para que la temperatura del enfermo se eleve a 40 grados, arriba de los cuales no



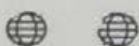
Condueto-Thermo.

conviene pasar, pues estudios muy cuidadosos, hechos en E. E. U. U. por este mismo Dr., han enseñado que con la elevación de temperatura en el cuerpo, se provoca un abundante aflujo de leucocitos en todo él, que su máximo se obtiene entre 39 y 40 grados, y que pasando de este límite, disminuye el poder de defensa de los leucocitos y no desempeñan debidamente su poder fagocitario, pues el calor los debilita, y llega hasta matarlos, mecanismo por el cual obran estos tratamientos en la lucha contra el treponema.

Esta elevación de temperatura, puede o no sostenerse durante 2 o 3 horas, pues las mismas experiencias han demostrado, que el aflujo leucocitario, al torrente circulatorio, se sostiene durante 4 ó 5 horas, después de las cuales desciende a lo normal, así que una vez subida la temperatu-

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

**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.

ra a 40 grados, puede, para comodidad del enfermo, hacerse descender lentamente, seguros de que el efecto del tratamiento será el mismo que conservando la temperatura por más o menos tiempo.

Los cuidados que requieren estos enfermos son los mismos que se observan para los que son tratados con diatermia, es decir: limpiar el trayecto gastro-intestinal, ya sea con laxantes la víspera y lavado común y corriente momentos antes de él, o utilizar el aparato para lavados "DIERKER", cuya descripción se dará después; que el enfermo esté en ayunas; que se conozca previamente su tensión arterial; si hay o no lesiones cardíacas, número de pulsaciones, etc., etc.; si el enfermo es un poco nervioso se le podrá administrar un calmante antes del tratamiento; durante él se vigilará el pulso y la temperatura cada cuarto de hora, durante el tiempo que dure conectado el aparato; después será solamente cada media hora: durante todo este tiempo se podrán dar líquidos al enfermo, de preferencia agua natural o jugo de frutas en agua, pero se procurará que estén a la temperatura del cuerpo. Si el número de pulsaciones es muy bajo o muy alto, deberá darse al enfermo media cucharadita de amoníaco en medio vaso de agua para estimular el corazón.

El aparato para lavados intestinales "DIERKER" consiste en un dispositivo de tubos por los cuales circula una corriente de agua, ya sea para el colon, o de éste hacia afuera y extrae el contenido intestinal y el moco que está adherido a las paredes de éste.

Está controlada la presión del agua dentro del colon, por un manómetro de mercurio, que registra también los espasmos de éste, e indica cuando hay intolerancia, para que se evacúe el agua y el contenido intestinal; yo presencié, en una enferma, a quien se hicieron 10 lavados de éstos, extraer en los dos primeros, gran cantidad de materia fecal negra, adherida desde hacía mucho tiempo a las paredes del intestino y gran cantidad de moco, que estaba dando origen en la enferma a una intoxicación crónica con reumatismo muscular, atribuido y tratado como de origen luético; bastó con limpiarle su intestino para que este reumatismo desapareciera por completo sin ninguna medicación, y los lavados subsiguientes arrastraban solamente materia fecal normal y grumos muy pequeños de moco.

Estos lavados son utilizados sistemáticamente por estos Dres. antes y durante los tratamientos de fiebre artificial, con el objeto de tener completamente limpio el tubo gastro-intestinal, y no dar lugar a que por la activa circulación que se provoca durante ellos, se absorba gran cantidad de toxinas, que vendrían a desvirtuar los resultados del tratamiento y a disminuir las defensas leucocitarias.

REVISTA CLINICA

Observaciones recogidas en el Sanatorio del Dr. Samuel Ramírez Moreno

Por el Dr. CARLOS PAVON A.

SINDROME GLOSO LABIAL

La parálisis glosio-labio laríngea, síndrome glosio-labial inferior o parálisis bulbar progresiva, constituye un síndrome de evolución y características clínicas especiales; justifica su nombre el hecho de que las lesiones que lo determinan, radica exclusivamente en los centros motores bulbo-protuberanciales: núcleo ambiguo, (origen del nervio espinal y de los fascículos motores del IX y X pares), núcleo del facial inferior y del hipogloso; desde el punto de vista anatomó-patológico puede decirse que se trata de una polioencefalitis anterior crónica.

Paralelamente a la parálisis bulbar progresiva, existe en la clínica un síndrome semejante y susceptible de ser confundido por las analogías que con el primero presenta, me refiero a la parálisis glosio-labial cerebral o síndrome glosio-labial superior, ocasionado por lesiones bilaterales que radican sea en la corteza cerebral, en los ganglios grises sub-corticales (centros coordinadores de los reflejos y movimientos emocionales de la cara); llanto y risa y que regulan el tono muscular o bien en las vías córtico nucleares del sistema extrapiramidal (haz de Meynert.)

Desde el punto de vista sintomático, ambos síndromes se traducen esquemáticamente por diplegia facial, parálisis de la lengua del velo del paladar y de la laringe; no existe ninguna alteración sensitiva. Conviene sin embargo señalar las diferencias que existe entre ellos, ya que distan mucho de tener igual evolución y de significar el mismo pronóstico. He procurado reunir en el siguiente cuadro las principales características de cada uno:

Síndrome glosolabial inferior:—

Puede presentarse como un padecimiento aislado y autónomo y algunas veces adquiere, en estos casos, la forma familiar y juvenil; habitualmente se observa como el último período evolutivo de algunas mielitis crónicas, casi siempre de la Esclerosis Lateral Amiotrófica.

Principio insidioso y lento, comienza por diplegia facial y alteraciones en la deglución.

Invasión fatalmente progresiva y, completa de los músculos de la lengua, labios, velo del paladar y laringe. La parálisis es total y simétrica.

La parálisis se acompaña de contracciones fibrilares, atrofia rápida de los músculos paralizados y reacción de degeneración. Los reflejos mentoniano, faríngeo y Radiovichy están abolidos.

No existen trastornos intelectuales, ni risa o llanto espasmódicos; las funciones motoras de los miembros no están comprometidas, excepto cuando el síndrome es la continuación de la esclerosis lateral amiotrófica.

Evolución rápida en 10 o 12 meses, invasión del núcleo masticador

Síndrome glosolabial superior:—

Siempre es un padecimiento aislado, que se inicia en personas de edad avanzada sin que existan alteraciones neurológicas anteriores.

Principia casi siempre por ictus, de un modo brusco, quedando después trastornos del lenguaje y hemiplegia o monoplegia.

Invasión entrecortada por ictus repetidos, la parálisis es menos completa, se trata más bien de paresias; en un lado; es excepcional que ataque la laringe.

No existen contracciones fibrilares, ni atrofia, ni degeneración; los reflejos mentoniano y Radiovichy están exaltados, el faríngeo existe, disminuído.

Se observa ligera amnesia y déficit mental; se acompaña casi siempre de hemiplegia o monoplegia y existen trastornos amiostáticos de la serie extrapiramidal hipertónica, temblor, etc., y es frecuente que se presenten crisis de risa o llanto espasmódico.

Evolución lenta, prolongada de varios años; nunca son atacadas las

y centros vegetativos del X par; muerte por fenómenos bulbares.

funciones del V y X pares; muerte por ictus.

Lesión localizada a los núcleos motores bulbo-protuberanciales: núcleo ambiguo, centro del facial y centro del hipogloso.

Las lesiones se encuentran según los casos, en la corteza cerebral (parte inferior de la frontal ascendente y primera frontal); o en el neostriatum (núcleo caudado y putamen); rara vez en el paleostriatum (globus pallidus).

Se ignora la etiología del síndrome; las reacciones del laboratorio indican que el líquido cefalo-raquídeo es normal.

Es producido por arteritis sífilítica o ateroma de las colaterales silvianas o perforantes anteriores; el líquido céfalo-raquídeo acusa casi siempre reacciones positivas a la

Hemos seleccionado dos casos clínicos de Síndrome glosolabial superior uno de los cuales es típico, en tanto que el otro ofreció algunas dificultades en el diagnóstico por presentar sintomatología rara M. del C. G. y P. del sexo femenino, 42 años de edad, originaria de Tlallauqui, Pue., fué estudiada en Noviembre del año pasado.

Nada de particular en sus antecedentes.—Refiere que hace 8 años, encontrándose en perfecto estado de salud sufrió un estado vertiginoso y lipotímico ligero, después del cual se quejó de somnolencia, dificultad en la articulación de las palabras y torpeza en los miembros del lado izquierdo; un año después volvió a repetirse otro ictus pero más acentuado, pues perdió el conocimiento durante varios minutos; al salir de él notó que los trastornos en el habla y la marcha se habían acentuado y que además aparecieron otros síntomas: paresia facial, trastornos en la deglución y masticación de los alimentos. Desde la fecha, estos síntomas no se han modificado; los familiares han notado que su memoria ha disminuido notablemente y que comete pequeños errores de juicio; los miembros del lado parético presentan algunas veces temblores amplios; dos semanas antes de asistir a la consulta sufrió otro ictus ligero y desde entonces los trastornos han sido más marcados y se han presentado además, crisis de temblor en el lado enfermo que terminan por llanto o por risa espasmódica.

La exploración directa de la enferma desde el punto de vista psíquico, indica que existe hipoamnesia global, pequeños errores de crítica, discreta fabulación y puerilismo mental marcado.

El exámen del sistema nervioso proporciona los datos siguientes: diplegia facial más acentuada del lado izquierdo; la boca está alargada transversalmente (rictus doloroso); los movimientos de succión y deglución se efectúan con dificultad; dislalia de entonación, con monótona, de rinolalia abierta, no puede pronunciar las letras "o" y "u"; dificultad marcada cuando pronuncia la "f" y la "p"; la lengua está casi inmóvil en el piso de la boca, sus movimientos de lateralidad y propulsión están muy disminuídos. El velo del paladar está parético, la úvula hipotónica; el reflejo faríngeo existe muy atenuado; el reflejo maseterino está exagerado; el palmo-mentoniano se encuentra exaltado, principalmente del lado derecho. Existe hemiparesia izquierda del tipo espástica; se nota hipertonia marcada y se esboza el fenómeno de la rueda dentada; hiperreflexia tendinoperióstica generalizada del lado enfermo; clonus del pie y de la rótula. No existe ningún trastorno sensitivo.

La enferma fué sometida a un tratamiento para mejorar las condiciones de sus arterias cerebrales y se ha observado un ligero alivio en sus molestias.

M. B. E., del sexo masculino, 66 años de edad, profesor, nativo de Teapa, Tab., fué estudiado en octubre de 1936.

En sus antecedentes debe consignarse que es un intoxicado crónico por el café y el alcohol que ha acostumbrado tomar desde su juventud en pequeña cantidad. Niega el contagio sifilítico.

Hace veinte años que sufrió un intenso traumatismo en la región sacro-coxígea sin consecuencias inmediatas; diez años después sufrió ciática izquierda y raquialgia, que tratadas convenientemente acabaron por desaparecer; un año hace que volvió a repetirse la ciática durando solamente algunos días; una semana antes de la consulta presentó ligero ictus a consecuencia del cual se quejó de paresia en los miembros del lado izquierdo, disartria y trastornos en la deglución.

Fué examinado y los datos revelados se expresan en seguida:

Diplegia facial, *especialmente derecha*, paresia acentuada de los labios y la lengua; voz lenta, grave, entrecortada; trastornos en la deglución, reflejo faríngeo abolido; reflejos maseterino y palmo-mentoniano exaltados discretamente.

En los miembros se comprueba *hemiparesia izquierda de tipo flácida*; la hipotonía muscular es más acentuada en el miembro inferior; existe *temblor intencional del brazo paralizado y ligera hipoestesia en el miembro inferior correspondiente*. Como datos negativos importantes deben recordarse que el estado mental del enfermo es satisfactorio y que las reacciones del líquido son completamente normales.

El cuadro neurológico descrito presenta en su sintomatología cuatro trastornos que se apartan del síndrome que nos ocupamos: 1o.—La hemiparesia es cruzada, pues si es verdad que existe diplegia facial, es mucho más marcada del lado derecho, en tanto que las alteraciones motoras de los miembros son del lado izquierdo. 2o.—La hemiparesia es de tipo fláscida, sin hipertonia ni exageración de los reflejos. 3o.—Existe temblor de tipo intencional en el brazo paralizado. 4o.—Se observan trastornos sensitivos en el miembro inferior atacado.

Este aspecto disímbo de los trastornos va a quedar explicado al enunciar el sitio de las lesiones en este caso particular quedando solamente sin justificación, el temblor intencional del brazo izquierdo.

El cuadro corresponde a una lesión cortical bilateral que radica, en las circonvoluciones primera y frontal ascendente izquierdas de un modo ilimitado, realizando un síndrome glosio-labial unilateral derecho por una parte y por otra una lesión situada en el segmento anterior de la cápsula interna, incluyendo el fascículo geniculado derecho, lo que determina una hemiplegia izquierda vulgar. Los trastornos sensitivos del miembro puede encontrar su explicación correcta en la ciática antigua que padece el enfermo.

RADICULITIS ARSENICAL

Cada día son más numerosos y elocuentes los casos que evidencian la acción nociva de los productos arsenicales sobre el sistema nervioso y a ese pesar, se continúa usando, aún a larga mano, en todas las formas de lúes, cualquiera que sea la forma clínica y el período evolutivo.

El Dr. Ramírez Moreno ha propugnado siempre que se destierre el uso de arsenicales en la sífilis, consciente de sus resultados y fundándose en una estadística imponente llega a la conclusión de que el arsénico solamente alivia temporalmente, blanquea las lesiones cutáneas, pero que favorece y agrava la localización nerviosa del treponema, el cual por un mecanismo biológico de defensa tiende a refugiarse a los lugares del organismo (sistema nervioso), donde no pueda ser atacado por el veneno espirochético.

De antiguo son conocidas las formas graves de neuritis arsenical, cuando se hacían curas intensas, que determinaban electivamente la forma de parálisis ciropodal por ataque al nervio cubital y todavía hoy son terribles las atrofas ópticas consecutivas al uso inadecuado del arsénico.

Poco común ha sido encontrar en la literatura médica casos de ra-

diculitis debidos a la intoxicación arsenical, ya que como se ha señalado, ésta ataca de preferencia los nervios cubital y óptico.

La observación clínica se refiere al señor G. B., de 29 años de edad, casado, comerciante, nativo de la ciudad de México, vino a la consulta externa en octubre del año pasado.

Nada digno de consignarse en sus antecedentes.

Refiere que con ocasión de un padecimiento gastro-intestinal se le verificó un examen médico siete meses antes, descubriéndose incidentalmente que las reacciones de Wassermann y complementarias eran intensamente positivas en el suero sanguíneo. Con este resultado el médico tratante lo sometió a una cura intensa arsenical durante 5 meses; un mes después de terminada aquella comenzó a quejarse de dolores fulgurantes intensísimos en ambos miembros inferiores, que partiendo de la raíz del muslo se irradiaban hasta el cuello del pie, intensificándose en las piernas; los dolores eran casi continuos y rebeldes a toda terapéutica, motivaron un cuadro de depresión psíquica y agotamiento, ya que no le permitían dormir; desde su iniciación continuaron con los mismos caracteres; no ha presentado trastornos motores ni vesfinterianos.

Fué sometido a un examen neurológico y se encontraron los siguientes datos de interés:

La motilidad conservada en todos sus aspectos, excepción hecha de los reflejos pupilares que se encontraban paréticos y abolidos los reflejos dartoico y cremasteriano.

Hipoestesia discreta al dolor y al contacto en los miembros inferiores, repartidas en zonas irregulares y predominando en los territorios del ciático popliteo externo y ciático mayor. Sensibilidad profunda conservada. Ningún fenómeno trófico en las regiones atacadas.

Marcha incierta, ligera incoordinación motriz en los miembros inferiores. Romberg negativo.

Con estos datos se hizo el diagnóstico de radiculitis posterior arsenical, pero como existían algunos síntomas sospechosos y para descartar la posibilidad de una tabes incipiente, se ordenó el examen del líquido céfalo-raquídeo que resultó negativo en todos sus aspectos, confirmándose el diagnóstico de la radiculitis tóxica, ya que éstas, habitualmente no dan reacción meníngea apreciable.

Sometido el enfermo a un régimen desintoxicante apropiado, pronto se inició una mejoría y desde hace dos meses se encuentra sin ningún trastorno.

NOTAS SINTETICAS

Por el Dr. JUAN
PEON DEL VALLE

PARALISIS GENERAL JUVENIL

Con una afectuosa dedicatoria para el Dr. Ramírez Moreno, se recibió el primer tomo de las Monografías que el Sanatorio Menninger (de Topeka, Kansas, E. U. A.) va a publicar y que lleva aquel título.

Este libro, escrito por William C. Menninger M. C., es una interesantísima recolección de las observaciones hechas por 430 médicos incluyendo las del autor, referentes a casos de este padecimiento, raro en la niñez y la juventud y que es motivo de exposiciones brillantes y comentarios en la obra aludida.

Felicitemos muy cordialmente a los Dres. Menninger por su continua actividad, pues no solamente se dedican a prodigar atenciones a los enfermos de su sanatorio, sino que además dan a la publicidad trabajos tan importantes como el que mencionamos.

IMPORTANCIA MEDICO-LEGAL DE LAS MORDEDURAS

Enviada por el Instituto de Criminología de Buenos Aires, recibimos la tesis de doctorado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de la capital argentina, presentada por José Manuel González Millán acerca de la importancia médico-legal de las mordeduras.

De texto interesante, con grabados magníficos y profusa bibliografía, contiene las siguientes conclusiones:

1.—La pericia odontológica, en determinados casos, es la única que puede solucionar el problema de la identificación civil o criminal.

2.—La "impresión dentaria", en muchas circunstancias, tiene valor análogo a la "impresión digital".

3.—Las mordeduras de valor médico-legal se encuentran preferentemente en las partes descubiertas del cuerpo (manos, brazos y cara). Son rastros defensivos que las víctimas dejan en los victimarios, más que signos ofensivos de los últimos sobre las primeras. En algunos casos son signos de aberraciones monstruosas de unos u otros.

4.—Las mordeduras sobre alimentos —sobre todo en cremas consistentes, manteca, fruta, dulces, etc., —son igualmente de gran valor médico-legal para la identificación de algunos delincuentes. *Tales serían, entre otros, los casos: Magnanápoli; Dessert; X (de Stockis); Doche, etc.

5.—La gravedad de las mordeduras humanas es habitualmente infima, aunque pueden sufrir las complicaciones ordinarias de las heridas infectadas por ser la boca un medio rico en microbios.

6.—Las mordeduras de los dedos —aparte de las complicaciones sépticas— pueden entrañar mutilaciones, con incapacidad parcial o total y temporaria o permanente.

7.—Las mordeduras en la cara pueden originar la desfiguración del rostro, para cuya apreciación en litigio civil, debe tenerse en cuenta la edad, sexo y posición social de la víctima.

8.—Los animales domésticos, especia'mente el perro, suelen ser testigos de atentados criminales y desempeñar, por las lesiones que producen, un papel importante en el proceso identificador.

9.—El itinerario a seguir en una pericia odontológica legal, en presencia de un mordedura, debe ser el siguiente: a) establecer si la mordedura es humana o nó; b) si no lo es, ¿qué animal la produjo?; c) si la mordedura ha sido anterior a la muerte o posterior (cadáveres mordidos por roedores, peces, etc.); d) gravedad de la herida; e) caracteres identificadores de la misma (identificación).

10.—El método de Luis Silva (Brasil), para tomar las impresiones dentarias es el más fácil, práctico y eficaz. El método del Dr. Jorge Reibel (Buenos Aires), es igualmente de gran utilidad.

11.—Es conveniente la creación de una Sección Odontológica —agregada a los servicios de Antropometría, Medicina y Psicología— en todo Instituto de Antropología Penitenciaria y la adhesión de la ficha respectiva al prontuario del recluso.

12.—Todos los odontólogos deben tener un fichero dentario de todos sus pacientes a los efectos de ser consultados para una posible identificación.

REFLEJOS CUTANEO-ABDOMINALES DE LA LINEA MEDIA

Además de los reflejos cutáneo-abdominales clásicos descritos por Rosenbach desde 1879 y de investigación corriente hoy en propedéutica neurológica, precisados por Babinski y valorizados por Lévy Valensi, el Dr. Rafael Hernández Ramírez, de Argentina, describe dos reflejos cutáneo-abdominales de la línea media, uno xifoumbilical y otro púbeo-umbilical. Según su comunicación a la Quinta Reunión Ordinaria de los Médicos del Asilo de Alienados de Oliva (Córdoba) y publicada en el Boletín correspondiente al Año IV, Núm. 13, son originales y tienen importancia en clínica, dando mayor importancia a las respuestas lateralizadas que a la disminución, exageración o abolición de las reacciones reflejas. Invita a la práctica de dicha investigación con objeto de ratificar o rectificar la importancia de este signo clínico. La técnica de la exploración así como la interpretación fisiológica quedan expuestos en el propio comunicado.

LA MODA EN LOS TRATAMIENTOS

La insulina, arma de dos filos, está siendo usada en diversos padecimientos no diabéticos y aun en padecimientos que no son de la nutrición siquiera. Ya se ha dicho aquí la inconveniencia e inutilidad de combinar el tratamiento de las grandes toxicomanías con el empleo de la insulina. En la parálisis general progresiva junto a resultados dudosos se han obtenido algunos satisfactorios y otros desastrosos. El Prof. Ferruccio Marcora defiende el tratamiento de la demencia precoz mediante la crisis hipoglicémica provocada ("Gazzetta Sanitaria", Milán, enero 1937, año X núm. 1). Termina diciendo que el mecanismo de acción del tratamiento permanece en la obscuridad, pero la recomienda. Si fuera como el caso de la hemorragia cerebral por autohemoterapia, es decir, de mecanismo desconocido pero de acción favorable segura cuando está indicado e inofensivo cuando se emplea erróneamente, estaría bien emplear el choque hipoglicémico, pero está muy lejos de ser así. Y puede decirse que en México hemos visto la moda del uso de la insulina llevarlo hasta el abuso o servir para una labor de charlatanes con anuncios en la prensa y todo el cortejo de explotaciones a que se somete al público incauto. Si estuviéramos todavía en la época en que demencia precoz quería decir incurabilidad, se justificaría hacer estos experimentos peligrosos, pero ¿en qué esquizofrénicos va a emplearse el choque hipoglicémico? Las psicosis esquizofrénicas son muchas; hay enfermos con síndrome esquizofrénico in-

jertado en la confusión mental, en la parálisis general, en la histeria, en el delirio sistematizado alucinatorio; hay enfermos con pensamiento esquizofrénico o simplemente precategory tomados por dementes precoces; las remisiones en la hebefreno-catatonía pueden ser sorprendentes, y aun en la forma paranoide es peligroso desahuciar un paciente, pues puede quedar el médico en ridículo y la clientela perdona o ignora un error de diagnóstico pero no olvida un error de pronóstico. Así es que por razones éticas, por razones científicas y por razones de dignidad, debe usarse la insulina con mucha discreción y siempre con discernimiento.

LIBROS NUEVOS

TRATADO DE ENFERMEDADES NERVIOSAS, por los doctores Luis Barraquer Ferré, Ignacio de Gispert Cruz y Emilio Castañer Vendrell.—Salvat Editores, S. A. 1936. Hemos recibido por gentileza de la casa editora, el primer tomo de esta obra escrita por el Jefe y auxiliares del Departamento de Neurología del Hospital de La Santa Cruz y San Pablo de Barcelona.

El libro está elegantemente impreso, en fino papel, con 1154 páginas y 448 grabados intercalados en el texto, muchos de los cuales están a colores. Como introducción tiene un interesantísimo capítulo sobre la historia de la neuropatología desde el principio del siglo pasado. Ya entrando en materia, los autores desarrollan en bella exposición los siguientes puntos: *Generalidades*.—Métodos de Exploración del Sistema Nervioso, Exámenes de la Movilidad, hiperreflectividad, sensibilidad, órganos de los sentidos, de los nervios craneanos, del lenguaje y de la escritura, de la marcha y del equilibrio, del estado mental y del aparato cerebeloso. Son dignos de mención los capítulos destinados a la investigaciones complementarias entre los que se destacan por su novedad e interés los de electrodiagnóstico, radiodiagnóstico y dentro de este último se exponen admirablemente los cuatro métodos modernos de examen radiológico del sistema nervioso central: ventriculografía, encefalografía, arteriografía cerebral y mielografía. Se determina lo referente a la Propedeútica Neurológica con Sintomatología general en la que se revisa desde el interrogatorio y anamnesis, pasando por los estigmas de degeneración, trastornos de la sensibilidad, movilidad, etc., hasta llegar al estudio de la atrofia y regeneración nerviosa.

Ya en el terreno de la Nosología, la primera parte comprende: las enfermedades del sistema nervioso periférico o con lesiones predominan-

temente periféricas. Se desarrollan nuevos capítulos que tratan sobre Polineuritis; Polineuritis infecciosa, Polineuritis tóxicas, Polineuritis discrásicas, Neuritis, Parálisis, Tumores de los nervios periféricos, lesiones traumáticas de los nervios, Neuralgias y Neuritis. Tiene además un Apéndice dedicado a: Causalgia, Contractura Isquémica de Valkmann, Radiculitis y Herpes Zoster.

La segunda parte es llenada por el estudio de las enfermedades medulares o con lesiones predominantemente de la médula. El principio está dedicado a la revisión de la Histología e Histopatología del sistema nervioso central y después XIII capítulos se consagran con todo detalle a los siguientes temas: Enfermedades de la Médula (Nociones anatomofisiológicas, Circulación Medular, Fisiología, Reflejos, Funciones Sensitivas de la Médula y Ganglios Raquídeos, diagnóstico general de los síndromes medulares, diagnóstico topográfico, etc.). Infecciones Medulares, Traumatismos, Compresiones, Enfermedades del Raquis, Determinantes de Síndromes Algicos Paravertebrales, Esclerosis Medulares, Siringomielia, Síndromes Vasculares de la Médula, Sífilis Medular, Tabes, Atrofia Muscular Progresiva, Enfermedades de las Meninges Medulares y Enfermedades Familiares con Lesiones Predominantes en la Médula.

La tercera y última parte está destinada para el estudio de las Enfermedades de los Músculos.

Este breve bosquejo da una idea de la importancia de la obra, que sin duda alguna es la más extensa y bien documentada que sobre Neurología se ha escrito por autores de habla castellana. Pero encierra en sí misma, galanura y claridad de estilo; método de exposición, síntesis de teorías, doctrinas modernas y base pedagógica, de tal modo que es un verdadero tratado de patología nerviosa actual, de grandísima valía para el neurólogo, el catedrático, el estudiante de patología y clínica nerviosas, además de constituir libro importantísimo de consulta para el médico general.

El empeño y esfuerzo de sus autores, se verá compensado por la grata acogida que le dará la Clase Médica.

Dr. Samuel Ramírez Moreno.

De la Psicosis del Basedow

Por el Dr. MIGUEL NAGY

Comunicación de la Clínica de Psico-neurología de la Universidad "Conde Esteban Tisza" de Debrecen, Hungría.—Director: Prof. Ladislao Benedek. — (Extracto del Psychiatrische Neurologische Wochenschrift, 1933, No. 6.)

La enfermedad de Basedow, como se sabe, es producida por trastornos endocrinos, debidos fundamentalmente a hipersecreción tiroidea.

Los principales síntomas del Basedow se manifiestan especialmente por alteraciones funcionales del sistema vegetativo, y en algunos hay perturbaciones más altas del sistema nervioso, es decir, perturbaciones del psiquismo.

Los síntomas habituales de las psicosis del Basedow son los siguientes: insomnio, sueño entrecortado, hiper-emotividad, reacciones psíquicas exageradas a los excitantes externos, que habitualmente se manifiesta con excitantes luminosos y a las voces, labilidad del tono afectivo, hiperexcitabilidad nervjosa, incontinencia emocional, habitualmente con sensación del debilitamiento corporal; inestabilidad psicomotora, disminución de la actividad intelectual, con dificultad para la fijación de la atención, y trastornos en la asociación de las ideas. En ocasiones ilusiones y desorientación.

En los últimos tiempos el número de psicosis del Basedow ha disminuído, debido probablemente a los buenos efectos obtenidos con los tratamientos recientes.

El autor cita las historias de algunos casos observados por él, y entre las más interesantes se encuentran las siguientes:

Caso IV.—Se refiere a una mujer de 33 años de edad, con un Basedow típico y con metabolismo basal fuertemente aumentado; además de los síntomas vegetativos propios del padecimiento, la enferma presentaba una psicosis con los caracteres típicos arriba mencionados. El tratamiento con-

sistió en radioterapia sobre el tiroides; inyecciones intravenosas de Bromuro de Calcio Richter, las que produjeron un rápido efecto sobre los síntomas de hiperexcitabilidad nerviosa, e inyecciones intramusculares de Robroglanduovina Richter. Los resultados obtenidos fueron muy satisfactorios.

Caso VI.—Se trataba de una mujer de 31 años de edad con psicosis de Basedow. El tratamiento consistió en la administración de tartrato de ergotamina y una cura de Inarsunina Richter (asociación de Insulina y arsénico). Esta última produjo una disminución del metabolismo basal, aumento de peso y trastornos mentales mejoraron a tal grado que la enferma fué dada de alta.

Caso IX.—Se trataba de un hombre de 47 años de edad, con el cuadro típico del Basedow y los trastornos de la psicosis producida por este padecimiento. El tratamiento consistió al principio en inyecciones de insulina, administración de dextrosa, mezcla de Sandow e inyecciones a base de estricnina. Después se administró Inarsunina Richter y preparados cálcicos inyectables. Esta última terapéutica produjo una mejoría tal que el enfermo pudo abandonar la clínica.

Según el autor, la terapéutica del Basedow consiste principalmente en la aplicación de rayos X sobre el tiroides, lo que produce en muchos casos muy buenos resultados. En ocasiones las pequeñas dosis de yodo dan también buenos efectos. Adlesberg y Porges han introducido el tratamiento con ergotamina, tomando como base las siguientes consideraciones: la tiroxina produce una hiperexcitabilidad del sistema nervioso neuro-vegetativo, especialmente de la porción orto-simpática; en cambio la ergotamina paraliza las terminaciones vegetativas, principalmente las del ortosimpático. Desde este punto de vista tiroxina y ergotamina son antagonistas, por lo cual es lógica la aplicación de la ergotamina en casos de hipertiroidismo. Se ha ensayado también con buenos resultados, el tratamiento insulínico. Según Eppinger, Falta y Rudinger, existe cierto antagonismo entre el páncreas y el tiroides. Goffier, Letine, Parturier y Richter han obtenido buenos resultados con la insulina en el Basedow. En la clínica se han empleado con éxito tanto la insulina como la Inarsunina, lográndose frecuentemente una evolución favorable del padecimiento. La Inarsunina produce habitualmente un claro aumento de peso, disminución del volumen del tiroides y disminución de la inestabilidad psico-motora.

En general, en el tratamiento médico del Basedow sólo pueden esperarse buenos resultados, cuando se hace un tratamiento combinado con distintos agentes terapéuticos, combinación que será variable según las necesidades del caso y la reacción del enfermo a la terapéutica.