

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL



SUMARIO:

TERCER ANIVERSARIO. — *Por el Dr. Fernando Ocaranza.*

PSICOPATOLOGIA Y DELIMITACION CLINICA DE LA ESQUIZOFRENIA.—
Por el Prof. Dr. Honorio Delgado.

VALORACION A TRAVES DEL TIEMPO DE LA TERAPEUTICA DE LA PARALISIS GENERAL PROGRESIVA. — *Por el Dr. Samuel Ramírez Moreno.*

LOS ALIENADOS TRABAJADORES. — *Por el Dr. Juan Peón del Valle.*

REVISTA CLINICA. — *Por el Dr. Carlos Pavón A.*

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

DEL TRATAMIENTO SEXUAL DE LA NEURASTENIA.—*Por el Dr. Alejandro Biro.*

MAYO DE 1937

MEXICO, D. F.

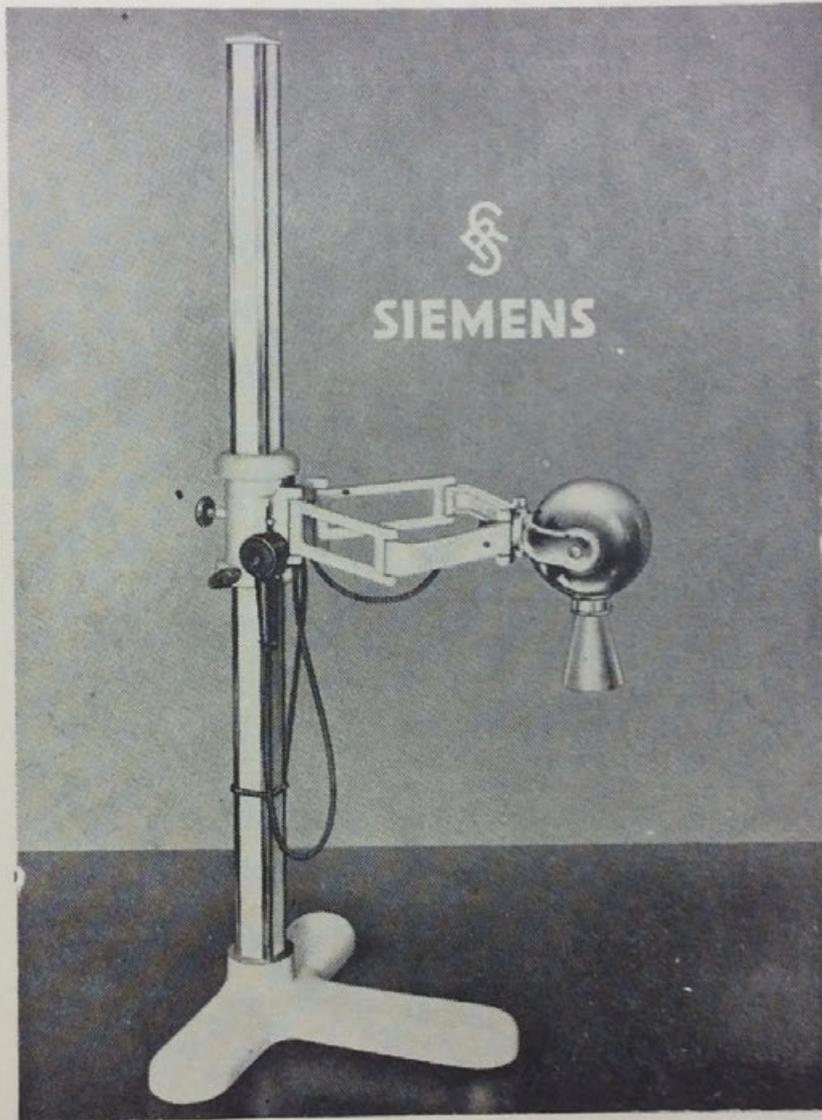
VOL. IV

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 19

Cualidad insuperable de las radiografías con la

ESFERA ROENTGENOLOGICA SIEMENS



Siemens-México, S. A.

Ave. Juárez No. 30

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 IV. NUMERO 19. 1o. DE MAYO 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 Emparan.
YUCATAN: Dr. Eduardo Urzáis.
ZACATECAS: Dr. Arnulfo Rodríguez.

Colaboradores Extranjeros

- PERÚ: 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. Palis.
ESTADOS UNIDOS: Dres. William C. Menninger, Ralph M. Fellows, G. S. Waraich, Leo Stone y Karl Menninger.
COSTA RICA: Dr. Chacón Paut.
ISLAS FILIPINAS: Dr. Sixto de los Angeles.
GUATEMALA: Dr. Gustavo Adolfo Trangay.
NICARAGUA: Dr. Emilio Lacayo.

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.

La tendencia a una especialización cada día más estricta ha traído una consecuencia, lamentable bajo ciertos aspectos: la inminencia de que desaparezca el médico internista. Entiendo bajo este nombre al que tiene capacidad para realizar exploraciones clínicas más o menos vastas y para formular diagnósticos que abarquen el cuadro patológico integral. Sin embargo, el médico internista es un tipo profesional que no debe desaparecer precisamente por la amplitud de sus conceptos y por mirar el panorama clínico con mayor extensión de lo que corresponde apreciar al especialista propiamente dicho. Confieso por otra parte, que no será posible al internista, la posesión y manejo hábil de todos los aparatos o instrumentos que la industria pone al servicio de la ciencia médica y por ello, se sirve más bien de sus propios sentidos y de aparatos o instrumentos de uso común.

Pero si el especialista usa con habilidad los instrumentos de que dispone, e interpreta los resultados de sus investigaciones con la precisión que como tal ejercitante se le debe suponer, su campo de acción y de conocimiento se limitan, por más que en su esfera correspondiente, la profundidad del juicio tenga magnitud incomparable, mas, por ello mismo, reducida en extensión.

Esta realidad espiritual, que no es exclusiva de nosotros, sino de todos los países más o menos cultos de la Tierra, ha traído una consecuencia necesaria: las Sociedades de Medicina Interna languidecen, y, en cambio, las que cultivan especializaciones médicas se multiplican.

La rama que corresponde a las enfermedades del sistema nervioso en sus dos grandes aspectos, por otra parte inseparables, de la neurología y de la psiquiatría, no podría escapar a la tendencia que apunto, y por ello constituye una especialidad, lógica por lo demás, ya que la capacidad común del internista, no sería bastante para involucrar una parte del ejercicio profesional, que debe corresponder a personas que actúen de una manera distinta al médico general, por virtud de los medios distintos de que deben disponer por necesidad ineludible, no tan sólo en la fase común del ejercicio profesional; sino en todas las que pueden ofrecerse y son de suyo muy peculiares.

El ejercicio de la neurología y más particularmente el de la psiquia-

tría no han sido disputados, ni podrían serlo, por el internista y por ello, más que en cualquiera otra especialidad, se justifica la formación de sociedades de especialistas y la edición de revistas que difundan y cultiven los conocimientos que atañen a la propia especialidad. Pero en nuestra "Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal", ha ocurrido el hecho, curioso a primera vista, pero lógico en el fondo, de que a pesar de su carácter de periódico dedicado a difundir y cultivar lo que se refiere a una muy difícil rama de la medicina, no pierde su contacto con las demás y aun con ciencias que se encuentran al margen del ejercicio profesional, pero no, al de la vida mental.

De ahí que tengan cabida en sus páginas, no sólo trabajos, notas y memorias en relación con la Psiquiatría, la Neurología y la Medicina Legal, como nos ofrece el título de la Revista; sino con "ramas afines" como son, la neuro-endocrinología, el psico-análisis, la criminología, la neurocirugía, la higiene mental, la toxicología, y todavía más, el laboratorio, donde será posible tomar conocimiento de lo que no puede enterarnos la que regularmente se llama exploración clínica. "Nuestra Revista" como le llamé, fundado en el honor que se me hizo al encargarme de una de las "ramas afines", nació en Mayo de 1934, y hasta la fecha ha vivido sin desmayo alguno, explicable en parte por la amplitud de miras que preside a su formación, hecho que dejé anotado; pero en parte también, por el amor, el fervor y el entusiasmo que han puesto a su servicio, Samuel Ramírez Moreno y Juan Peón del Valle, espíritu y alma de ella misma.

Abril de 1937.

DR. FERNANDO OGARANZA.

Psicopatología y Delimitación Clí- nica de la Esqui- zofrenia^(*)

Por HONORIO DELGADO,
Catedrático de Psiquiatría
de la Universidad de Lima,
Perú

1.—De acuerdo con lo que hoy se sabe en materia de psicopatología de la demencia precoz o esquizofrenia, el orden más apropiado para la exposición del tema nos parece el correspondiente a las funciones, comenzando por las más diferenciadas y susceptibles de descripción para terminar con las de fondo. Lo seguiremos aquí, sin perjuicio de completarlo con la consideración de los conceptos eficaces para el esbozo de una explicación sintética, en los aspectos estructural, dinámico y causal —incluso la relación de lo anímico con lo corporal.

Los desórdenes propios de la esquizofrenia en el campo de la percepción son varios, algunos de ellos característicos. La percepción de las cosas aparece alterada, sobre todo durante la actividad del proceso: pálida, mediata, lejana, casi irreal, como si se interpusiera una muralla impalpable entre el sujeto y el mundo, pero en realidad esta *extrañeza del mundo de la percepción* no implica una perturbación ni de la excitación ni de la sensación, tal vez ni de la percepción misma, sino del aspecto personal de ésta, del modo como la vive el yo. Esto no excluye que puedan presentarse parestesias y otros desórdenes de la sensibilidad, orgánicamente condicionados, que sirvan de base a manifestaciones elaboradas, las más simples

(*) Ponencia oficial de Psiquiatría en las Jornadas Neuro-psiquiátricas del Pacífico, Santiago de Chile, 4-11 de enero de 1937.

de las cuales serían las ilusiones. Empero, lo que tiene una importancia particular en la esquizofrenia son las alucinaciones.

Las alucinaciones que se presentan son simples —sensaciones elementales— y mayormente complejas —contenidos de estructura mayor— y a veces comprometiendo simultáneamente distintos territorios sensoriales. Las del gusto y el olfato —que no se puede asegurar que sean más que ilusiones—, aunque frecuentes en esta psicosis, no se destacan a causa de su ordinaria pobreza. Las del tacto, la quinesesia y la cenestesia son mucho más aparentes y de entidad para los enfermos, que las experimentan de varias maneras, en particular como agentes físicos de acción penosa. Las sensaciones sexuales juegan aquí un papel privilegiado. Las pseudopercepciones visuales son de forma varia, particularmente en el período agudo de la enfermedad, no rara vez como visiones grandiosas o terribles, o simplemente de escenas que se desarrollan en el espacio tridimensional o en las superficies, como película cinematográfica, o en un ámbito difícil de localizar o, en fin, en el "espacio interior" o subjetivo. De modo que tendríamos tanto verdaderas alucinaciones en el sentido de Paspers —lo que no aceptan hoy Schroeder, C. Schneider y otros—, o sea pseudopercepciones con todos los atributos de la percepción normal, cuanto pseudoalucinaciones, con la mayor parte de los atributos de las representaciones y con sólo corporeidad y localización en el espacio —propios de la percepción—, y hasta con sólo corporeidad. Incluso la misma corporeidad, según Gruhle es susceptible de grados, de la misma suerte que lo son las cualidades de los objetos percibidos— desde la máxima claridad y riqueza de la figura hasta su imprecisión y pobreza extremas— y la proximidad al yo desde la mayor plenitud personal de la percepción hasta la extrañeza y el automatismo.

Consideración especial requieren las pseudopercepciones acústicas y verbales del esquizofrénico, además de los sonidos ilusorios o alucinatorios y de las "voces" que pueden tener los caracteres de las alucinaciones verdaderas (se duda de su existencia) y de las pseudoalucinaciones y que el enfermo puede en uno y otro caso tomar ora como realidades, ora como fenómenos especiales, tenemos como peculiares de esta enfermedad el *eco del pensamiento* y el *pensamiento que se hace sonoro*, que se convierte en voz. Así, en esta esfera, donde se confunde la percepción auditiva, la palabra interior y el pensamiento, podemos distinguir tres formas principales de desorden: 1o. alucinaciones y pseudoalucinaciones psicosenoriales, 2o. ilusiones verbales psicomotrices (cuando el enfermo ejecuta movimientos automáticos de articulación), 3o. estados pseudoalucinatorios en que el pensamiento y la palabra se hallan más o menos enajenados del yo. En

este campo como en los demás de la percepción los desórdenes están relacionados con toda la vida mental del sujeto, especialmente con el pensamiento: las pseudopercepciones alimentan las ideas mórbidas y éstas, a su vez, alteran la percepción. En todo caso, la contaminación por el contenido presupone un desorden primario de la función. Las posibilidades de relación entre lo normal y lo anormal de las esferas de la percepción y el pensamiento son las siguientes, según el cuadro de Kopp —que, con Gruhle, consideramos acertado: 1o. sensaciones reales, aprehendidas normalmente e interpretadas de manera morbosa; 2o. sensaciones reales aprehendidas anormalmente e interpretadas de manera morbosa; 3o. sensaciones alucinatorias normalmente interpretadas; 4o. sensaciones alucinatorias interpretadas de manera morbosa; 5o. sensaciones engendradas por delusiones.

El carácter distintivo de las pseudopercepciones del esquizofrénico, señaladamente las voces y manifestaciones semejantes, es que el sujeto las experimenta, de modo más o menos definido, *como si fuesen hechas*; extrañas al yo, las sufre pasivamente, de manera distinta a las percepciones normales, como formaciones parásitas, indeseables y desagradables, en diversos grados, hasta lo horrible. Aunque la forma verbal es la más frecuente, se presentan también alucinaciones corporales, visualmente, etc. con el mismo carácter —lo cual depende sin duda de condiciones individuales. Cuando se trata de voces, el paciente puede oírlas incluso localizadas en el propio oído, en diversas partes de la cabeza o del cuerpo. En estos casos el esquizofrénico suele distinguirlas de las voces exteriores (reales) diciendo que proceden del propio cerebro y que de allí se dirigen al oído externo, etc. En resumen, las pseudopercepciones genuinamente esquizofrénicas se distinguen por ser experiencias que el sujeto vive sin asumirlas o sin poder asumirlas en su existir autónomo.

2.—El pensamiento ofrece en la esquizofrenia desórdenes muy particulares, aunque no constantes. Además de la incoherencia propia del pensamiento embrollado o confuso, frecuentes también en otras psicosis, tenemos un conjunto de anormalidades de la ideación genuinas de esta enfermedad, que no siempre se reúnen, el cual se conoce con el nombre de pensamiento esquizofrénico. A pesar de ser muy estudiado, no poseemos todavía una nomenclatura completamente satisfactoria, pues a las dificultades inherentes a la investigación de la mentalidad del esquizofrénico, se agrega la de deslindar lo primario y propio del pensamiento de lo que se debe a la alteración de otras funciones. Aquí seguiremos un plan que ya hemos probado, sin pretender establecer cuál es lo primario, cuál lo secundario —tarea realmente todavía imposible, como lo demuestra la discor-

dancia de opiniones entre los más eminentes conocedores de la materia.

El nombre de esquizofrenia entraña una de las características más saltantes del pensamiento esquizofrénico: la *discordancia*. No es precisamente una perturbación autóctona del mecanismo de asociación de las ideas, como creía Bleuler— a quien como es sabido, se debe este término y el de esquizofrenia. Es una perturbación más profunda: Si los pensamientos se actualizan sin consecuencia lógica ni intuitiva no es porque falten meramente las vinculaciones automáticas, sino también las activas, los actos conjuntivos, la normal aprehensión de relaciones. Así los pensamientos emergen dislocados, sin selección ni concierto, sin estructura ni finalidad manifiesta: mezcolanza de conceptos, ensalada de palabras. Como dice uno de nuestros enfermos, "carencia absoluta de ideas centrales... y de ruta a seguir."

La *ambivalencia*, que Gruhle considera desviación cualitativa de los impulsos, se caracteriza en la esfera intelectual por la coexistencia de juicios que se excluyen respecto del mismo sujeto, simultánea afirmación y negación, coincidencia actual de los opuestos en el mismo substrato. Acaso la *perplejidad* de los esquizofrénicos es, por lo menos algunas veces, expresión de las condiciones internas propias de la ambivalencia: así lo juzga Care Schneider. Algo semejante pasa con lo que llamamos la pérdida o disolución del significado de conceptos y palabras, una de cuyas formas sería la *condensación*, señalada primero por Freud en los sueños: los pensamientos que se presentan simultáneamente en la conciencia fusionan su significación o adquieren nueva referencia, quedando uno solo como representante de todos. Otra forma sería la inversa, *disyección* o distribución del significado de un concepto en otros diferentes, de suerte que la referencia se hace de manera ilógica, pero semejante a la abstracción con la diferencia que para expresarse una idea se requiere la presencia de varios conceptos u objetos, que son como sus miembros complementarios (y representativos. Otra forma es la adjudicación a un ser, a una idea o simplemente a una imagen o palabra de un significado meramente circunstancial y arbitrario, que se pierde acaso inmediatamente, instituido por otro muy distinto.

La mentalidad del esquizofrénico es pródiga en manifestaciones del pensamiento precategórico o primitivo, en que lo propio del mundo interior se confunde o identifica con lo de la realidad externa, en que el aspecto pático de la experiencia predomina sobre el gnóstico. El esquizofrénico ofrece, en efecto, muestras en que es evidente el *simbolismo arcaico*: intuiciones y fantasías, más o menos disgregadas, más o menos relacionadas con los sentimientos del sujeto, caracterizadas por entrañar una relación se-

creta de las cosas o un sentido a la manera de los sueños, los mitos, la poesía. Las construcciones simbólicas de los esquizofrénicos se expresan en estructuras complejas donde tienen parte las pseudopercepciones, los sueños, las ideas delirantes, etc. Además de ser arcaico el simbolismo del esquizofrénico es individual —estos dos caracteres, según Jelgersma, lo diferencian del histérico que es convencional y para afuera.

El *autismo*, que figura entre los síntomas principales de la esquizofrenia, nos parece susceptible de ser involucrado entre las manifestaciones del pensamiento precategorial. No se puede negar su relación con el sentimiento de extrañeza frente al mundo y no es del todo desacertado suponer que depende de él. Sumirse en el propio mundo interior puede ser una consecuencia de la incapacidad de insertarse en el externo. Así interpreta Frostig el autismo: pérdida de contacto con el ambiente como resultado de la incapacidad momentánea o duradera de participar en las normas colectivas del pensamiento humano normal. Lo esencial, incluso para las demás manifestaciones del pensamiento esquizofrénico, sería, pues, “la impotencia para actualizar las estructuras colectivas y las convicciones que les corresponden”. Nos parece que Frostig tiene razón sólo en parte, pues la impotencia actual para aprehender el espíritu objetivo y los conceptos consuetudinarios explica únicamente la condición, en cierto modo negativa, del autismo, no la positiva y productiva: el contenido y la desfiguración especiales del pensamiento autístico, la irrupción de impulsos vigorosos y la manifestación de algo semejante a lo que los psicoanalistas llaman la omnipotencia de las ideas, o sea el poder mágico del pensamiento y la expresión personal.

Afine al simbolismo y acaso condicionado por el autismo, la *reificación o concretismo de lo espiritual*, consiste en atribuir materialidad a lo inmaterial, sobre todo al pensamiento, en dar un sentido literal a las metáforas, en percibir alusiones en aquello que carece de virtualidad significativa y también en tomar las expresiones y símbolos, no como algo representativo, sino como ser mismo, último, inmediato.

Con la *participación en el alma ajena y en el ser de las cosas* —última de las variedades del pensamiento precategorial que consideramos— tenemos una de las manifestaciones más patentes de la quiebra de la crítica en lo que respecta a los límites entre el yo y el no yo. Aquí obra también el autismo, así como los “mecanismos” que los psicoanalistas denominan proyección e introyección, o sea, respectivamente el hecho de atribuir a cosas y seres del mundo exterior procesos y particularidades de la propia alma y, viceversa, incorporar en el mundo interior lo perteneciente al externo.

Manifestaciones esquizofrénicas por excelencia son las que implican no sólo creencia en el concretismo del pensamiento propio sino la posibilidad de que él sea percibido, influído, compelido y gobernado directa o indirectamente por otras personas o entidades, con independencia o desmedro de la voluntad del enfermo; o, simplemente, que las ideas se escapen, se escurran, se esfumen, se pierdan. Aquí el esfuerzo para aprehender el contenido del pensamiento o para seguir hacia su fin, falla, se frustra a causa de su autonomía respecto del yo, acostumbrado a manejarlos y servirse de ellos de manera inmediata, espontánea y constructiva. Dicho de otro modo, los datos de la experiencia intelectual, el contenido actual o potencial de la conciencia se sustrae al gobierno monárquico del yo, se aleja, se aliena, se despersonaliza. Formas extremas y típicas de este desorden son: *los pensamientos hechos o introducidos*, que el esquizofrénico, aunque reconoce que determinadas ideas se manifiestan en su espíritu y se hallan en su cerebro, como las demás, considera que provienen de afuera, que tienen origen ajeno; *la substracción del pensamiento*, fenómeno por la convicción de que los demás se apoderan activamente del contenido de la mente del enfermo sin que él llegue a expresarlo; *la publicación del pensamiento*, en fin, corresponde a la conciencia de que las propias ideas se hacen patentes a los demás, sea directamente, sea con artificios usados por éstos. Tal desorden se parece al anterior y tiene modalidades de transición respecto de él, así como aproximaciones al pensamiento que se hace sonoro y al eco del pensamiento, que hemos señalado entre las pseudopercepciones.

Entre las modalidades más definidas del curso del pensamiento en los esquizofrénicos figuran las siguientes: El *bloqueo*, *obstrucción* o *detención*, consistente en una interrupción brusca, de variable duración, pudiendo interpretarse como consecuencia de las mismas causas del escape del contenido a que hemos hecho referencia, cuya forma extrema llevaría a la producción del vacío en la labor intelectual, al cesamiento de la emergencia de datos en el seno de la conciencia. La *incontinencia* o *erupción de ideas* o *pensamientos en tropel*, que se diferencia de la fuga de ideas por su manifestación comunmente episódica y por su carácter disgregado, sin asociaciones fonéticas, salvo que se contamine de verbigeración. La *perseveración* o *estereotipia*, consistente en la repetición de las mismas ideas.

En la esfera intelectual tiene manifestaciones el estilo esquizofrénico tan típicas como las similares del campo de la acción. Se destaca el *amaneramiento*, que cuando se muestra acentuado toma la forma de pedantería, formalismo, geometrismo, más o menos vacíos de sentido y correspondientes a intenciones sutiles, cabalísticas o que pueden parecer muy na-

turales al enfermo en su juzgar insensato. La *extravagancia* es asimismo frecuente en el pensamiento esquizofrénico y se confunde en parte con el amaneramiento por lo artificioso del desorden de las ideas, unidas a menudo de manera chocante, que da la impresión de cosa necia, ridícula o grotesca. Por este carácter de enormidad con sello particular incluimos tal manifestación entre las inherentes al estilo esquizofrénico, el cual parece expresar un obscuro apremio de actitud adecuada, que falla por la carencia de base efectiva y actual del ser vencido por la experiencia desarticulada y discordante del enfermo. Esto no obsta para que los esquizofrénicos inteligentes puedan mostrar cierta espiritualidad delicada y llena de intención, sarcástica a las veces.

Terminamos la revisión de los desórdenes del pensamiento con lo atañero al juicio. En algunas de las desviaciones antes señaladas se muestra la falla del juicio, pero esta tiene su forma típica en el pensamiento delusional o delirante. La sintomatología esquizofrénica nos ofrece tanto *delusiones* o *delirios primarios*, de origen incomprensible y sólo explicable suponiendo cambios profundos en la personalidad, cuanto *ideas delusivas* o *delirantes*, comprensibles genéticamente, motivadas por otras experiencias anímicas y por las vicisitudes del destino personal. Con relación al contenido, predominan en la esquizofrenia los juicios mórbidos de referencia, de influencia (sobre todo con fuerzas físicas o misteriosas y con aparatos), de persecución, de alcurnia (a veces puramente negativa: negación de la paternidad), de grandeza, eróticos, hipocóndricos, de transformación cósmica o personal. En lo que atañe a la forma, se presentan tanto la disgregada como la sistematizada, la fantástica como la explicativa o la de interpretación. Por último, respecto a la dirección tenemos todas las variedades, siendo dignas de señalarse por su frecuencia y acentuación la metamórfica y la palingnóstica o retrógrada (alucinación del recuerdo). Para Gruhle es patognóstica de la esquizofrenia la verdadera delusión —establecimiento de relaciones sin motivo—, que no excluye ciertamente la experiencia de peligros vitales como factor necesario para la fórmula en que se cristaliza. El mismo investigador distingue cuatro modalidades en la actitud del enfermo en sus delusiones: 1o. el paciente no nota cambio alguno en los acontecimientos exteriores, sólo advierte o barrunta claramente —sin poder dar pruebas— que algo le atañe; 2o. el enfermo adjudica lo extraordinario, de que tiene conciencia, al objeto exterior; 3o. el enfermo mismo se siente copartícipe del cambio, de manera especial, y encuentra las fórmulas más peregrinas para la descripción (a menudo se reúnen las modalidades 2a. y 3a.); 4o. el enfermo advierte o barrunta pri-

mariamente que algo significa algo, pero él mismo no está comprometido en ello.

No podemos dejar el tema del pensamiento sin referirnos al problema de la decadencia intelectual, que le ha valido el nombre que debemos a Morel: *demencia precoz* (1860). Alfons Maeder (1910) ha sido el primero en rechazar categóricamente el concepto, afirmando que "la llamada demencia no es más que una apariencia". Salvo casos de una "catástrofe" esquizofrénica (sobre todo catatónica con fuertes síntomas orgánicos), la inteligencia como disposición formal, como facultad, permanece intacta aunque el sujeto no se sirva de ella o no tenga interés en servirse de ella, como lo demuestran las frecuentes sorpresas que nos dan pacientes en apariencia totalmente deteriorados durante años que, con motivo de una enfermedad intercurrente u otra circunstancia extraordinaria, muestran un discernimiento perfecto. De suerte que en los casos dudosos mejor es hablar de un *déficit pragmático*, como sugiere Minkowski, que de demencia o *Verbloedung*.

A manera de resumen diremos que si se pudiese sintetizar en términos generales lo que distingue el pensamiento esquizofrénico, señalaríamos como notas dominantes de su esencia las tres siguientes: descabal el contenido concreto, frustráneo el aliento de la función activa, impersonal y mediata la substancia primaria.

30.—El sentimiento tiene en la esquizofrenia desviación triviales, de las que no trataremos, y características. La más frecuente de éstas —aunque no exclusivo de nuestra psicosis es el estado de ánimo o impresión de sentirse distinto, otro, decaído cualitativamente, o sentir el mundo exterior, las cosas, etc. con esos caracteres u otros semejantes. Si es más definido, entonces toma las propiedades del *sentimiento de extrañeza*, cuya forma transitiva hemos señalado al principio pérdida de la simpatía para los seres, pérdida de contacto afectivo con la realidad, en veces con cierto matiz de angustia, casi siempre de malestar. Diferente de este estado es la *apatía*, que tiene grados, desde la simple indiferencia afectiva hasta la completa aniquilación de los sentimientos. Mientras que el de extrañeza es positivo sentimiento de experimentar lo externo y el propio ser de otro modo, aunque sea empobrecido emocionalmente, la apatía es la pobreza misma o falta de sentimiento. Se comprende que no sean raras las manifestaciones intermediarias. El *sentimiento de anafectividad* corresponde a la falta de conciencia o de aspecto subjetivo de los estados afectivos, incluso de las emociones, no obstante que los enfermos expresan sentimientos reales, incluso vivos y actúan como si los viviesen. La *ambivalencia afectiva* o *ambitimia* consiste en experimentar simultáneamente sentimientos

opuestos; no es exclusiva de la esquizofrenia, pero en ella tiene su mayor acentuación. La sucesión de sentimientos opuestos o *inversión de los afectos* es frecuente en la psicosis que nos ocupa, pero lo es también en otras.

Consideración aparte requieren las manifestaciones de la proyección afectiva morbosa, cuyas formas más rudimentarias se confunden, por una parte, con la simple *Einfühlung* anormal así como con la participación en el ser ajeno, por otra, en sus modos más diferenciados, con los desórdenes del pensamiento que entrañan alienación del contenido intelectual. Nos referimos a los sentimientos de imposición y de privación. El *sentimiento de imposición* corresponde a la impresión vaga de que la propia conducta, el estado corporal y la vida interior —o sólo ciertos aspectos de estos territorios de la experiencia— no dependen de la espontaneidad normal ni de la propia voluntad, sino que son determinados o forzados por alguien o por algo exterior. El *sentimiento de privación* se produce como estado de conciencia penoso y no consentido, en que domina la impresión de ser desposeído de diversas posibilidades de la vida interior, sobre todo de satisfacciones y goces. Como se comprende, tanto el sentimiento de imposición como el de privación, de ordinario preceden, respectivamente, a los pensamientos hechos y a la substracción del pensamiento o se asocian a ellos. Otto Kant considera un *sentimiento de influencia*, que surgiría de la oposición de dos tendencias: de afirmación de sí y de entrega de sí y, como la ambivalencia, tendría siempre el significado de mecanismo de defensa, en el sentido psicoanalítico.

En resumen, la vida afectiva del esquizofrénico tiene como caracteres predominantes, desde el punto de vista subjetivo, la presencia del sentimiento fundamental de estar cambiado, desde el punto de vista del observador, el ser impenetrable, inaccesible. Acaso la detracción afectiva de la realidad es el hecho primario.

4.—El instinto muestra anormalidades en la esquizofrenia, acaso de una importancia fundamental, pero su conocimiento es todavía rudimentario. Los diversos impulsos y tendencias sufren manifiestas alteraciones, sobre todo los propios del instinto de conservación y del sexual: el enfermo puede permanecer por tiempo indefinido sin comer ni beber o, por el contrario, es bulímico o propenso a las alteraciones cualitativas del hambre: rumiación, geofagia, coprofagia etc. El instinto de protección y defensa también muestra anormalidades: insensibilidad a los rigores de la intemperie, propensión a hacerse daño, a la automutilación, indiferencia a las agresiones etc. El instinto social muestra, merma notable —primaria o secundaria— consistente en la indiferencia hacia los demás, así como manifestaciones de odio y agresividad incondicionadas y ciegas o despropor-

cionadas con los motivos. La conducta muestra igualmente que los instintos espirituales se alteran y, sobre todo, se embotan o esfuman.

Pero lo más importante es que con el proceso esquizofrénico se produce una verdadera revolución en las tendencias instintivas, como si se pusiera a descubierto toda una región oculta de la vida anímica, la esfera titánica de las profundidades. Surge a la conciencia un tropel de impulsos violentos que amenazan la integridad de la persona. Esto lo experimentan los enfermos como acontecimiento terrible, que no hubieran querido jamás vivir y que, cuando lo pueden recordar, evitan con pavor ocuparse de él. Se destacan particularmente los impulsos sexuales y agresivos, a veces unidos o en pugna con creencias mágicas o religiosas, y con terrores o fervores insensatos. Los impulsos sexuales, con todas las formas de perversión, sobre todo la homosexual y la incestuosa, se manifiestan abiertamente o de manera simbólica, prestándose a interpretaciones justificatorias de las teorías psicoanalíticas. En efecto, el estudio imparcial de casos observados de manera prolija demuestra que los productos de la actividad mental —sobre todo las delusiones e ideas delusivas— y la conducta en general de los esquizofrénicos entrañan la actualización de "mecanismos" semejantes a los que Freud reconoce en la elaboración de los



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.

sueños. En la esquizofrenia se produce algo análogo a una quiebra de la represión, quiebra que no es total, pues siguen primando en la experiencia contenidos y fuerzas hostiles a la descarga o cumplimiento de los impulsos insurgentes —de ahí el encubrimiento, las formaciones de compromiso, el simbolismo. Pero si hay esto, ello no significa ni que todo ni lo primario de la esquizofrenia consista sólo en un conflicto o reacción psicógena. No significa tampoco que las manifestaciones subconscientes sean meras regresiones interpretables conforme a los esquemas freudianos. Del valor que se debe dar a los síntomas psicógenos de la esquizofrenia trataremos después. Acerca de la índole de su psicomatía precisaremos aquí, lo más lacónicamente que nos sea posible, nuestro punto de vista. La manifestación de impulsos sexuales perversos, de rechazo del padre etc. no implican forzosamente que el sujeto cuando niño haya deseado cohabitar con su madre, que haya experimentado rivalidad sexual con su padre etc. y que esas propensiones suprimidas después hayan permanecido fijadas en la mentalidad subconsciente. Más conforme con la realidad nos parece considerar que, de la misma manera que el despertar sexual de la primera y de la segunda pubertad produce inseguridad, desconcierto y a veces extravíos en la coadunación de lo erótico y lo sexual con un objeto apropiado, la convulsión causada por los cambios primarios de la enfermedad entraña el desgobierno de la experiencia vivida por la supremacía de la sexualidad y la tendencia anexa de los celos, que contaminan y violentan el amor y la sumisión filiales. Si en la pubertad el desvío lleva a veces a la homosexualidad y aun al amor incestuoso más o menos velado, se comprende que la gran subversión de la esquizofrenia, con su peculiar desdiferenciación de las tendencias y con el empuje del instinto sexual, pueda conducir a mayores y más tenaces proclividades. Aquí debemos considerar que se reúnen las circunstancias siguientes: 1o. una quiebra de niveles en la actividad anímica, con excitación de la sexualidad, en que dominan impulsos sexuales vigorosos y desatados; 2o. una influencia desordenada de tendencias afectivas actuales e inactuales respecto de las personas más extrañables de la familia; 3o. tendencias morales del yo espiritual adversas a las enormidades de la concupiscencia; 4o. pérdida de la jerarquía y organización del mundo de la experiencia vivida, de las relaciones y actitudes valorativas y su orden histórico-personal. Todas estas condiciones hacen posible que se realice una fusión o identificación de los sentimientos familiares con los impulsos sexuales: la conciencia, impotente para afrontar su contenido, funciona de manera deformante, de suerte que, en lugar de discriminar lo independiente —sexualidad y eros familiar— condena los impulsos invasores, se torna maliciosa, favoreciendo

así la contaminación y las acciones y reacciones tanto más enmarañadas e incomprensibles cuanto mayor es la disgregación del pensamiento.

Podemos compendiar lo más significativo del desarreglo de las tendencias instintivas en el proceso esquizofrénico con esta fórmula: emergencia de oscuras y poderosas fuerzas titánicas a la vez que reanimación desconcertada de actitudes afectivas y valorativas personales, manifestándose las infantiles no como infantiles e inocentes sino, adulteradas, como actuales y perversas, a causa de que la conciencia del adulto enfermo reacciona con una mezcla de malicia y grosería, mezcla anexa al espíritu conmovido y violentado en su inserción existencial por la sexualidad desatada.

5.—En seguida consideramos los trastornos de la acción —voluntad, psicomotilidad, expresión, que no sólo consisten en deficiencia y exageraciones parciales, sino en un trastorno general de su economía y gobierno, aparente por lo menos en algunos casos. Los impulsos están exaltados y sin freno en los *actos impulsivos* y en los estados de excitación, probablemente ausentes o neutralizados en el *estupor*, inhibidos o perdidos en el bloqueo o *interrupción* de las acciones iniciadas, persistentes o resistentes al cambio en la *catalepsia*, preserverantes en la *estereotipia*, opuestos y actuales de modo explícito en la *ambitendencia*, pasivos y heterónomos en la *sugestividad*, en la *obediencia automática*, en la *flexibilitas cerea*, en la *ecopraxia* y sus análogos, opuestos a la voluntad ajena en el *negativismo* y la *reacción de último momento*. Dependientes directamente de factores orgánicos son sin duda ciertas *aquinesias*, *hiperquinesias* y *disquinesias*, a menudo con síntomas extrapiramidales. Son demostrativos de ello los casos de aquinesias (rígidas o flácidas) que aparecen y desaparecen de manera súbita, con integridad de la conciencia y de la voluntad en el aspecto de la motivación y de la decisión, que Kloos denomina *estados cataplécticos en esquizofrénicos*. Sin embargo, ni estos hechos y otros semejantes ni los de la llamada "catatonía experimental" —fenómenos de sede muscular—, demuestran que todos los aspectos de la catatonía o todas las catatonías sean de orden exclusivamente neurológico. La observación clínica evidencia, por el contrario, que en algunos enfermos los síntomas catatónicos —como en general toda la vida activa del esquizofrénico— dependen de circunstancias genuinamente psicológicas.

La mímica en la esquizofrenia acusa rigidez y "empobrecimiento del registro motor", que se expresan también en todas las formas de la acción, muy manifiestos en algunos enfermos, como *pérdida* de la *gracia*, de la *holgura* y la *rotundidad* en las actitudes y la conducta. La mímica suele disociarse del pensamiento, expresando lo que no implica el contenido de este —*paramimia*. Discordancia análoga se presenta con la palabra.—*pa-*

rafrasias y *paralogias* o lo que se interpreta como tales. Señalemos además las manifestaciones características más definidas: la *verbigeración* o estereotipia de frases, palabras o sílabas, la *ensalada de palabras*, los *neologismos*, las *para-respuestas*. Aunque no se siga a Gruhle en negar rotundamente el origen orgánico de algunas perturbaciones del lenguaje que se reduce al mecanismo de la afasia (Kleist), creemos que en general las anormalidades de esta función son derivadas del desorden de otras funciones o del desorden fundamental, jugando, sin duda, un papel importante las extrañas experiencias propias de la mentalidad esquizofrénica. El enfatismo, la afectación, la extravagancia, el embrollo, que hemos señalado como anexos al pensamiento, se manifiestan con igual frecuencia en el lenguaje (verbal y escrito) y en general en toda la actividad del esquizofrénico.

Codensemos: cuando el esquizofrénico muestra vida activa típicamente esquizofrénica es falta de espontaneidad, modoso a la vez que de movimientos y acciones imprevisibles y abortivos, distante del ambiente y sin embargo susceptible de ser influido por él tanto de manera pasiva (contagio mental) como reactiva (exquisita vulnebilidad).

6.—La memoria no ofrece en la esquizofrenia más perturbaciones que raras *amnesias* psicógenas y alucinaciones del recuerdo. La atención igualmente no tiene otras irregularidades dignas de mención que la trivial distracción (muchas veces más aparente que real) y la infrecuente *hipermetamorfosis*, o sea el interés perseverante por todas las impresiones que se suceden (reales o pseudopercepciones). La conciencia del tiempo, cuyo estudio se halla en comienzos, tiene indudablemente anormalidades en la esquizofrenia. Según Fischer, la mentalidad esquizofrénica muestra una *desnaturalización del tiempo*; éste en cierto modo se objetiva, acaso porque se contamina y se confunde con las cualidades de los objetos de la experiencia, sobre todo la espacialidad de la percepción y la acción. Puede dissociarse el tiempo del yo del tiempo del mundo, en dirección y grados variables. Para Minkowski, en el esquizofrénico se suspende en cierto modo la validez del tiempo y se halla alterada la situación del sujeto tanto respecto del tiempo como del espacio; falla el "yo —ahora— aquí" por incapacidad de presentificación, incluso de manera compleja como no poder experimentar en el presente lo que es efectivamente propio del ser presente, y reconocerlo como tal a *posteriori* o creer que lo que acontece actualmente ha sido previsto (sentimiento retrospectivo de previsión).

La conciencia, como ámbito de la intencionalidad o de los actos anímicos, ofrece excepcionalmente anormalidades en la esquizofrenia: *embotamiento de la conciencia*, *estado oniroide*, *amencia* o *estado confusional* y

delirio. Estas perturbaciones son tanto más raras cuanto más comprometen la claridad de la conciencia. Su presencia debe hacer pensar en la posibilidad de desórdenes somáticos, esto es, en una esquizofrenia sintomática —dada su rareza en la genuina. En lo que atañe a la orientación, salvo las raras manifestaciones de desorden secundario (más a menudo sólo aparente), debe señalarse la *doble orientación* o "doble contabilidad" de los paranoides compensados, gracias a la cual no confunden el mundo de la realidad con su mundo delusional, insertándose pasablemente en el primero.

La conciencia del yo sufre en la esquizofrenia la alteración característica consistente en que el sujeto no experimenta como propios, sino como influidos o impuestos, como ajenos o hechos ciertos fenómenos de su experiencia, según hemos visto a propósito de la percepción, del pensamiento, del sentimiento, etc. Esta pérdida de la soberanía del yo respecto del contenido de la experiencia, automatismo mórbido o *dépossession* como la llaman los franceses, tiene grados que varían al infinito en el campo autóctono de la conciencia del yo —desde una moderada *despersonalización* hasta la *parálisis del yo* (Gruhle), en que, perdido el albedrío, cesa de manifestarse la iniciativa y la propia voluntad como tales, ejecutándose los actos sin participación activa del yo, que se convierte en una especie de espectador sí mismo. El sentimiento de extrañeza guarda íntima relación que no sea ajena a su influencia. Incluso el *transitivismo* o atribución a los demás de los propios síntomas, como si fueran proyectados, no es ajeno al desorden de la conciencia del yo. Zutt cree que en los síntomas de la conciencia reflexiva o personal hay una ruptura de la relación entre el yo y la "actitud interior". Nos parece que hasta hoy no se ha dado el valor que tiene en esto, como en el conjunto de los desórdenes mentales de la esquizofrenia, la erupción de impulsos que hemos señalado al tratar de los instintos.

La personalidad se halla comprometida en su función esencial. El observador y a menudo el paciente mismo notan un cambio radical en el modo de ser del individuo que enferma, no sólo una mengua de la espontaneidad y de la capacidad de reacción, sino también una perturbación cualitativa: rigidez y pobreza, así como incongruencia, desmesura, excentricidad, propensión a lo "anticonvencional". Pierde su naturalidad el comportamiento porque el mundo de la valoración personal, de la motivación, carece ya de estructura unitaria. Gruhle formula las diferencias que existen entre la personalidad total del esquizofrénico y la del hombre normal en los términos siguientes: "Subjetivamente, es el alejamiento interior del

prójimo, la soledad esquizofrénica, que se ha designado algo exageradamente y de manera poco feliz como concepción esquizofrénica del mundo. Objetivamente, lo heteróclito, la conducta oposicional del enfermo. Y en la relación con el observador se impone a éste la incomprensibilidad, la inaccesibilidad afectiva del esquizofrénico, igualmente debida al desorden de la motivación (conmoción del sistema de valores)".

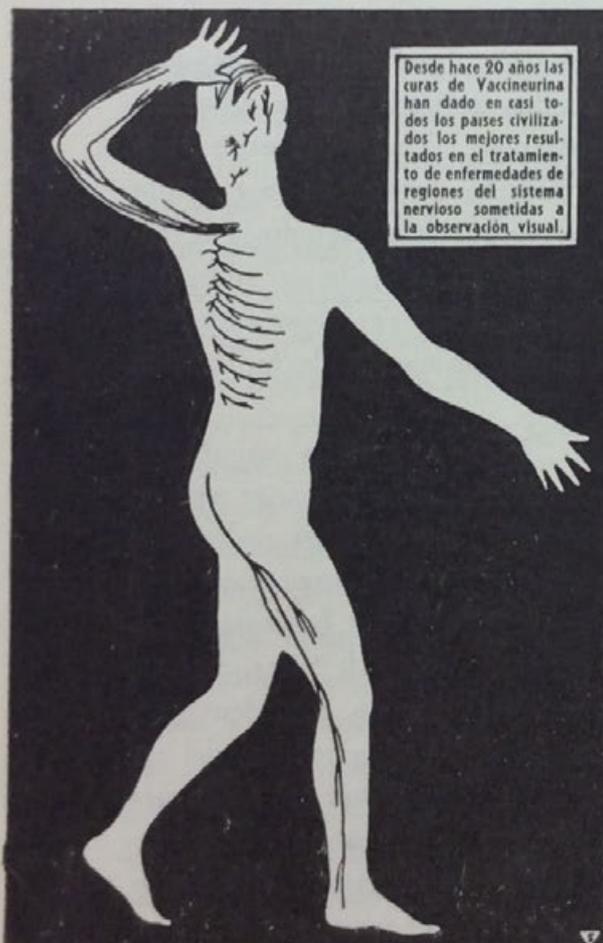
7.—Con lo que precede podríamos dar por terminada la exposición de la psicopatología de la esquizofrenia. Pero un apremio de síntesis, una necesidad de alcanzar lo esencial y unitario obliga a buscar la clave psicológica del desorden en su conjunto, pues la vida anímica es totalitaria y sus fenómenos o aspectos parciales corresponden sólo a abstracciones metódicas. Al efecto no han faltado fórmulas desde el siglo pasado. Entre las modernas tenemos "la desintegración de la conciencia" de Groos, "la ataxia intrapsíquica o desharmonía entre la noo y la timopsiquis" de Stransky, "el trastorno de la integración" de Bleuler, "la enorme tendencia a la automatización y a la fijación de los complejos" y la semejanza con el mundo de los sueños de Jung, "la discordancia, síntoma general común" de Chaslin, "el automatismo mental" de De Cléranbault, "la pérdida del contacto vital" de Minkowski, "la hipotonía de la conciencia" de Berze y "la perturbación general de la ejecución" de Carl Schneider. Nos tendremos sólo en estas últimas concepciones.

Según Berze, lo irreductible, decisivo y que no podemos alcanzar directamente es la perturbación fundamental, de que dependen los *síntomas primarios*, esto es, aquellas manifestaciones que no se puede derivar de otras. La hipotonía de la conciencia sería la perturbación fundamental, que tendría por consecuencia una *insuficiencia de la actividad psíquica*, lo más importante y general del desorden accesible, el síntoma primario por excelencia. Equivale a "la perturbación del acto" psíquico, de Gruhle, a "la falta de actividad propia" o "alteración cualitativa de la intencionalidad del yo" de Kronfeld y a "la mengua de tensión del arco intencional" de Beringer. También corresponde a "la perturbación general de la ejecución" de C. Schneider, quien por su parte estudia la semejanza entre la esquizofrenia y el estado anímico del durmiente y del sujeto vencido por el cansancio. La perturbación general de la ejecución tendría en ambos procesos los caracteres siguientes: inconstancia, impenetrabilidad, deficiente articulación, vaguedad, imposibilidad de tomar una actitud, escurrirse, substituirse, desviarse, fusionarse, desatinar, plenitud de intuiciones, palidez. La diferencia que Schneider reconoce entre la ejecución del esquizofrénico y la del durmiente es que en el primero la inconstancia de la experiencia vivida pasa al fondo, el desatinar, por el contrario, se destaca,

siendo menor el fusionarse los elementos del contenido. Debemos agregar que en la esquizofrenia es posible la auto-observación, lo que no ocurre en el durmiente. Por otra parte, como lo demuestra el trabajo reciente de Sussmann, los ensueños en los esquizofrénicos son distintos de los del hombre normal, en el sentido de que muestran los síntomas de la enfermedad —son esquizofrénicos— lo cual demuestra que existe una diferencia esencial entre estos dos estados anímicos.

La concepción tipo Berze-Gruhle-Schneider-Beringer-Kronfeld ha demostrado su eficacia en las investigaciones de Zucker y Hubert acerca de los cambios en el aspecto funcional o formal del pensamiento esquizofrénico. Estos investigadores han puesto de manifiesto que tanto la tendencia cuyo objeto de intención es el material como la que tiene por objeto de intención el propio yo, fracasan en su orientación hacia el fin, hacia la labor de selección y logro, dejando vacíos que permanecen como tales o que se llenan con materiales adventicios y espurios.

Creemos que el desorden del acto, es decir, el desorden de la función,



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

Vaccineurina

« Dresden - Sajonia »

(Autolizado bacterial inespecífico altamente neurotrópo).

Reg. No 15903 - D. S. P

comprobado clínicamente 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

REG. No. 15903 D. S. P.—PROP. No. 2841

del "cómo", es esencial en la esquizofrenia, pero no nos parece sin importancia lo que atañe al contenido, al *qué*. Los psicoanalistas exageran, indudablemente, el alcance de la experiencia eventual del sujeto en la dinámica de la esquizofrenia; toman de ordinario como factores patogénicos los que no son más que patoplásticos. Pero es innegable que el contenido de la experiencia del esquizofrénico puede ser decisivo en veces para la elaboración de su enfermedad. Por tanto —y en esto nos apartamos del criterio que preconiza Gruhle— y el psicopatólogo no sólo debe limitar su afán inquisitivo a los desórdenes de la función, sino que debe atender también al contenido, a la influencia de los acontecimientos. En otros trabajos nuestros sobre la psicología de la esquizofrenia hemos tratado de demostrar ésto con la interpretación de casos concretos. Ahora tomaremos materia demostrativa ajena, tanto más valiosa cuanto que se presenta por los observadores sin darle el alcance que le damos. Nos referimos a la observación de Zucker y Hubert en una esquizofrénica y a una auto-observación de Morselli acerca de los efectos tardíos de una experiencia "alucinatória" condicionada por la intoxicación mescalínica.

El caso de Zucker y Hubert corresponde a una mujer que no conserva de la esquizofrenia sufrida ninguna alteración funcional: las tendencias o actos son normales, pero persisten huellas definidas de la enfermedad en forma de material con sello esquizofrénico. Todos los sitios, personas y objetos con los cuales ha estado en relación durante la fase aguda suscitan en el espíritu de la convalesciente perturbación semejante a la característica de la esquizofrenia. En cambio, cuando se halla en ambiente que no haya sido "testigo" de la enfermedad, se siente perfectamente normal. Es evidente, pues, que se efectúa una contaminación de la función normal por el contenido mórbido.

En el sentido de las ideas de Beringer, Morselli asimila los efectos de la mescalina a los síntomas de la esquizofrenia. No podemos ver en su prueba un caso de "esquizofrenia experimental", como él pretende, pues hay tanta diferencia (o mayor) entre los efectos de tal intoxicación y la psicosis de que tratamos, como la que existe entre ésta y el fenómeno onírico. Damos importancia al caso, desde nuestro punto de vista, porque patentiza que el desfiguramiento de la experiencia por un desorden mental pasajero es susceptible de tener repercusión en la vida mental del sujeto incluso cuando ha pasado el desorden y los efectos somáticos de la causa que lo provoca (en este caso la intoxicación por la mescalina). Entre las muchas y vivas ilusiones que tiene Morselli bajo la influencia del tóxico, se destaca la relativa al personaje de un cuadro del Ticiano, que cobra vida, asume una actitud hostil, provocativa, con gran plasticidad, mueve

los ojos y amenazador, sale del cuadro y abre la boca como para hablar. El experimentador cuya primera reacción conspira a favor de que hable el personaje sin olvidar ningún momento que éste es ilusorio—, acaba por aterrarse después de lanzarle un insulto. Cuando era inminente la respuesta del personaje, Morselli dirige su atención a otros objetos. Pasado el episodio de la intoxicación y durante dos meses por lo menos, Morselli es presa de un verdadero síndrome paranoide, que se exagera de manera extraordinariamente penosa a la vista del cuadro y, eliminado éste, al hallarse en la habitación donde se desarrolló la escena referida. El personaje, en el primer caso adquiere “una realidad que —según las palabras de Morselli— triunfaba sobre todas las correcciones y todas las objeciones de mi crítica, como si viniese de un mundo secreto, del cual yo mismo hubiese formado parte. Esta sensación de realidad —agrega— me parece hoy tanto más incomprensible cuanto que ningún desorden sensorial la acompañaba (percibía el cuadro. ¡Cuántas veces al entrar o a la idea de entrar en la habitación yo salía de mi departamento, pero no desapareció cuando llevé lejos de ahí el cuadro. ¡Cuántas veces al entrar o a la idea de entrar en la habitación temía encontrar ahí oculto, esperándome, el personaje de mi experiencia, armado y amenazador! —¡cuántas noches me ví obligado a levantarme e ir a dormir a otra parte! Mientras permanecía en mi departamento, sentía su presencia invisible.”

Estos hechos, que tienen toda la fuerza de experimentos cruciales, explican que, según las circunstancias exteriores, los síntomas de la esquizofrenia y la enfermedad como un todo puedan evolucionar de maneras muy variables, ora atenuarse o “encapsularse” y “compensarse” (Mauz, Mi Müller) y curar, ora reforzarse o descapsularse y dominar el cuadro clínico, alienando al enfermo más y más de la realidad y deteriorando por la inactividad sus estructuras potencialmente sanas, corroborando los resultados de ergoterapia y de la psicoterapia cautelosa de los esquizofrénicos. Sus consecuencias prácticas son evidentes. Mas aquí lo que nos interesa es recalcar que las manifestaciones psicopatológicas de la psicosis que nos ocupa tienen una dinámica que no justifica una separación radical de factores patogénicos y patoplásticos ni de síntomas procesales o de actividad y síntomas de déficit o residuales —ya que lo patoplástico y residual es capaz de regenerar o crear desórdenes tan activos y de consecuencias como los primarios. En suma, la trascendencia de los hechos mencionados es la siguiente: desaparecido el desorden cerebral, somático, los acontecimientos de la vida mental condicionados por él, obrando ya como fuerzas exclusivamente psíquicas, son capaces de perturbar de modo secundario e intenso la actividad anímica, si colaboran las circunstancias

exteriores —esto es, que lo psíquico en tanto que psíquico tiene poder patogénico no desdeñable.

8.—La esquizofrenia no es una enfermedad con sólo síntomas mentales. Los tiene también somáticos, aunque apenas característicos y menos frecuentes que los principales de orden psíquico. Ninguno se presenta en todos los casos, ni siquiera en la mayoría. Los más dignos de atención son los pupilares (anisocoria, *spasmus mobilis*, falta de inquietud pupilar); los de la musculatura estriada, que son, además de las aquinesias, disquinesias y aquinesias, ya indicadas, la rigidez relativa del volumen de los músculos al pletismógrafo, la asimetría de los diversos reflejos y los síntomas de compromiso extrapiramidal, especialmente en los catatónicos; a estos síntomas se agrega el estasis papilar en los casos de edema del cerebro, que suele ser mortal; acrocianosis, seborrea de la cara, mengua del metabolismo basal, ligera elevación de temperatura, oscilaciones del peso, desórdenes de la menstruación y otros síntomas más raros y variados del sistema vegetativo y del endocrino. Se señala como frecuente la disminución de la permeabilidad de las meninges. Después de haberse perseguido en vano sintomatología (y etiología) de tuberculosis, se renueva el afán por encontrar trastornos digestivos y lesiones hepáticas. Lingjaerde, gracias a una extensa investigación de 12000 pruebas, pretende que en el 80% de los esquizofrénicos se presenta insuficiencia hepática. Cramer y otros investigadores no han podido ratificar que aserto.

Antes de dejar este punto es útil que nos refiramos a la última concepción de Bleuler (1930). Según ella, la esquizofrenia no es una enfermedad psicógena, sino de naturaleza orgánica. La explicación de las lesiones cerebrales como consecuencia de las emociones reprimidas, etc. —manera de ver propia de los psicoanalistas— es inaceptable, ya que en las neurosis no se producen. En cambio, no niega Bleuler que en la esquizofrenia se constituyan superestructuras psicógenas y concede que sean legítimamente interpretables según los procedimientos psicoanalíticos. Así, los síntomas de la esquizofrenia son de dos clases: primarios, orgánicos o fisiógenos y secundarios, comprensibles o psicógenos. En el mismo síntoma pueden colaborar lo fisiógeno y lo psicógeno, como es el caso de las alucinaciones "la falta de control por la disociación de las funciones individuales causa ciertamente la tendencia a oír voces; pero el contenido de éstas es determinado por los complejos". Nos parece que la delimitación entre lo primario y lo secundario es tan arbitraria por lo común como la de lo procesal y lo deficitario, según lo expuesto en el capítulo anterior.

9.—Hemos enumerado los principales síntomas corporales que suelen presentarse en la esquizofrenia, a pesar de su escaso valor, con el ob-

jeto de completar el repertorio de datos para su diagnóstico. Ahora debemos atender a la segunda parte del tema: la delimitación clínica. Ante todo debemos precisar qué es lo que se trata de delimitar: ¿un síndrome, un tipo clínico, una entidad nosológica? La psicosis que conocemos con el nombre de esquizofrenia no es sólo un síndrome, en el sentido de reunión de síntomas correlacionados y nada más, ya que los síntomas de la esquizofrenia —o *síndrome esquizofrénico*— pueden presentarse en cuadros clínicos que no son la esquizofrenia, como precisaremos después. Tampoco es una entidad nosológica en el sentido preciso del término, pues carece de los caracteres de una enfermedad orgánica con unidad demostrada, con etiología y anatomía patológica propias. La concordancia relativa de los resultados en materia de genética, patentizan, sin duda, que la esquizofrenia es condicionada por la herencia. Pero aunque se llegara a determinar con certeza el tipo de mecanismo mendeliano que sigue la transmisión, con ello no se tendría la evidencia de que se trata de una verdadera entidad ya que es posible idéntico mecanismo en dos o más enfermedades distintas, semejantes o no clínicamente, que pueden hallarse mezcladas o confundirse a la observación. Para que la genética pudiera arrojar datos decisivos acerca de la unidad o no unidad nosológica de la esquizofrenia se requieren investigaciones muy prolongadas y extensas, en condiciones de rigor quasi experimental unidas a un prolijo análisis sintomatológico. Lo que se ha logrado en esta dirección será considerado después. En lo que atañe a la anatomía patológica, hoy por hoy no se puede hablar de lesiones patognósticas. En la reunión de agosto de 1936 de la Sociedad Alemana de Psiquiatría, las más grandes autoridades en materia de histopatología de las psicosis, con Kleist a la cabeza, pudieron comprobar que excelentes preparaciones de cerebros alterados por la esquizofrenia sirvieron de base —como repara Peter (Dtsch. med. Wschr., 1936, No 41 p. 1701)— a las concepciones más opuestas. Y el propio Kleist hubo de convenir en que la histopatología cerebral no ha llegado a resolver el problema de la base material de la esquizofrenia.

Si la esquizofrenia no es ni un síndrome ni una entidad nosológica, sólo puede considerarse como un *tipo clínico*, designación muy acertada de Kurt Schneider, que no define. Entendemos por tal, no un mero conglomerado de cuadros clínicos inubicales dentro de los otros casilleros de la sistemática psiquiátrica, como lo que se diagnosticaba con el nombre de "paranoia" hace medio siglo, según pretende Hoche que es hoy la esquizofrenia, sino la unidad ideal determinada por una serie de requisitos, de valor diferente, que se presentan reunidos como constelación variable en la realidad individual concreta, pero constante por lo común de la estructura

de conjunto. Los requisitos son los síntomas que hemos definido, con su jerarquía, y el hecho de surgir la psicosis de una manera abrupta, como algo nuevo y fundamentalmente incomprensible —esto es, como un proceso en el sentido de Jaspers— y no como algo inteligible, como consecuencia psicológica de la estructura de la personalidad premórbida y de la situación del individuo en que se manifiesta. La mentalidad del sujeto, por obra de la psicosis, es otra —ha cambiado fundamentalmente. La circunstancia de que la inteligencia se conserve virtualmente intacta no implica que el esquizofrénico sea un hombre normal con síntomas psíquicos que entorpecen el ejercicio de su moralidad— es otro hombre, hombre esquizofrénico. Lo cual no implica tampoco que la esquizofrenia sea incurable, como sostienen algunos psiquiatras pesimistas. Kraepelin no se cuenta entre ellos. Según su experiencia, la remisión se presenta en el 8% de los hebefrénicos y en el 13% de los catatónicos; se resiste a creer que los paranoides sanen nunca. Carecemos hasta hoy de un estudio basado en material numeroso y de larga observación, pero parece probable que la proporción sea mayor que la señalada por Kraepelin. Tal vez se aproxime a la verdad en lo que atañe a los casos no tratados conforme hoy es aconsejable —como enfermedad orgánica en la fase aguda, como enfermedad psicológica en la crónica— la proporción que han verificado I. W. Lasareff y T. J. Judin. En su investigación catamnésica de 163 esquizofrénicos varones internados 27 años antes, encuentran que la curación completa se presenta en el 18% (la mayor parte con iniciación aguda) y la curación social en el 11%, o sea 29% de remisiones duraderas.

La unidad de la esquizofrenia como tipo de psicosis no se opone ni a la multiplicidad de formas clínicas ni a la posibilidad de desintegración en subtipos más o menos independientes. Las vicisitudes de la clasificación kraepeliana de las formas clínicas, es por sí demostrativa de la arbitrariedad de su fundamento si se aplica a todos los casos. Lange dice a este propósito algo que todo psiquiatra observador puede confirmar: “Las subformas de la esquizofrenia —escribe en su último manual—, hebefrenia, catatonía y demencia paranoide, no se dejan deslindar una de otra. La hebefrenia puede acompañarse con rasgos catatónicos, así como los casos cuya manifestación principal sea de orden paranoide. Sobre todo, una esquizofrenia puede comenzar como hebefrenia, mostrar después episodios catatónicos y terminar más tarde como demencia paranoide. También encontramos realizadas todas las demás combinaciones posibles”. Los genetistas, por otra parte, se inclinan a creer que las formas clínicas no dependen de diversos factores hereditarios sino del mismo factor (o factores)

con diverso fenotipo en lo que respecta al resto del patrimonio hereditario, diversa constitución o diversas condiciones de ambiente.

Con respecto a la posibilidad de que se separen subtipos diferentes de esquizofrenia, el análisis de muchos casos y familias, teniendo en cuenta toda la evolución de la enfermedad y la filiación de los individuos en que se presenta, será la base para verificarla. Las investigaciones de Leonhard sobre los casos deteriorados son en este sentido el comienzo de una conversión del tipo clínico en "grupo" clínico y heredobiológico —que por lo demás requiere confirmación en este su comienzo, pues la división que hace en dos variedades es cuestionable principalmente por deficiencias del heredoanálisis. Ya tenemos el caso de las parafrenias, que Kraepelin intentó separar de la esquizofrenia y hoy vuelven a su seno. Aunque muchos investigadores como Mauz, Lange, Eyric, Hoffman, etc., sin negar su afinidad fundamental con la esquizofrenia, las relaciones con el círculo de la psicosis maníaco-depresiva, es casi unánime el criterio de que representan subformas de la psicosis que nos ocupa, condicionadas de manera análoga a la variedad de hebefrenia, catatonía, etc. Pertenecen igualmente a la esquizofrenia con idéntico carácter la psicosis presenil de daño, la paranoia de involución, a la catatonía tardía, la paranoia de tipo psicótico (en oposición a la de tipo reaccional o de evolución en una personalidad psicopática) y la esquizofrenia injertada (en oligofrenia). Se comprende que aquí haya discrepancias de opinión en los matices. El dictamen de la escuela de Heidelberg, que fórmula Mayer-Gros, es que estas modalidades, en principio, son inseparables de la esquizofrenia. Otros psiquiatras, de no menor competencia, como Kurt Schneider, son más categóricos, incluyéndolas sin reservas en el tipo.

Hemos dicho que la esquizofrenia no es sólo un síndrome, admitiendo al mismo tiempo que es eso, pero manifiesto en forma de proceso. Esto equivale a afirmar que a pesar de ser característicos los síntomas con una estructura especial, ellos pueden presentarse aislados o con esa estructura en otras clases de desórdenes. Efectivamente es así —no hay signo patognomónico de la esquizofrenia—, lo cual nos lleva a precisar el diagnóstico diferencial. La *esquizofrenia endógena, esencial, genuina o psicosis proceso*, de la que tratamos, se puede confundir, en primer lugar, con cuadros clínicos de psicosis sintomáticas, con signos semejantes o idénticos, pero causados por influencias exógenas de orden material: infecciones, intoxicaciones, etc. Aquí la etiología es patente y la evolución del desorden mental depende de la evolución del estado patológico del cerebro, del proceso orgánico principal. Esta es la *esquizofrenia sintomática o exógena* o mejor dicho *reacción somatogena esquizomorfa*, que puede presentarse

sin predisposición hereditaria especial y con personalidad premórbida normal.

En segundo lugar, puede confundirse la esquizofrenia esencial con las reacciones o neurosis con síntomas semejantes o idénticos, en personalidades anormales, a expensas de cuya estructura se forman las manifestaciones del cuadro, de una manera comprensible. Aquí el análisis del caso hace patente la motivación psicológica, la continuidad genética de la etapa premórbida al desorden agudo. Tal es la *reacción psicógena* o *neurosis esquizomorfa*. La personalidad en que nace tiene con frecuencia particularidades que le dan una semejanza mayor o menor con ciertos aspectos de la esquizofrenia: los rasgos y combinaciones señalados por Kretschmer en sus tipos, ya de psicología popular, conocidos con los nombres de esquizotímico y esquizoide. A este respecto debemos impugnar la desviación del criterio que consiste en confundir el tipo de carácter con el tipo de psicosis.

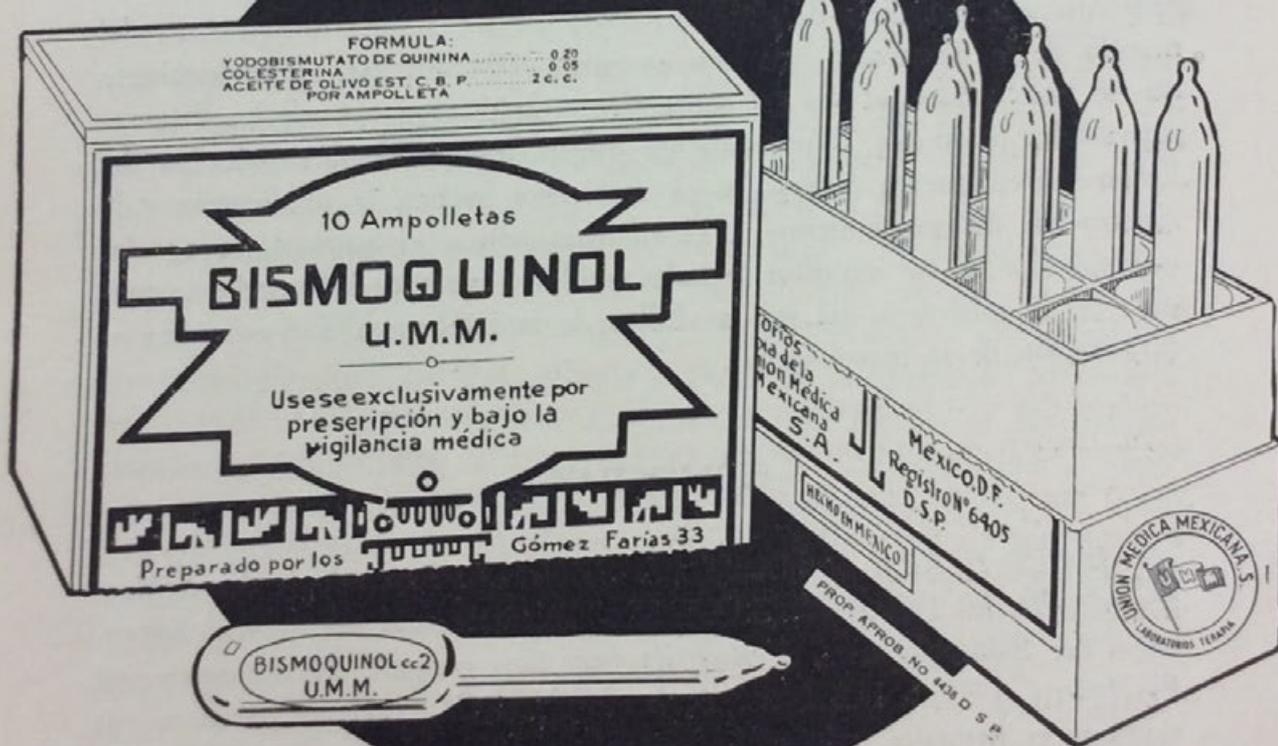
Ciertamente, la introversión, la limitada capacidad de contacto afectivo con el ambiente, la propensión a la extravagancia, etc., son susceptibles de grados diversos, pero de ahí a que entre la personalidad esquizoide y la psicosis esquizofrénica existan todos los matices intermediarios hay una gran distancia. Lo efectivo es que no sólo hay entre ambas diferencia cuantitativa sino también de calidad. Esto, claramente formulado por Jaspers hace varios años, y hoy sostenido por Berze, K. Schneider, Stransky y otros, parece evidenciarlo, entre otros hechos, la verificación de Skälweit, con el estudio del proceso esquizofrénico gracias al método psicodiagnóstico de Rorschach, que resume en estos términos: "Cuanto más esquizotímica es la constitución prepsicósica, tanto más grave es el defecto esquizofrénico a causa del deterioro de la personalidad esquizotímica por el proceso esquizofrénico". Esto significa no sólo diferencia de índole entre lo esquizotímico y lo esquizofrénico sino también oposición entre ellos. Skälweit, posteriormente, mantiene el mismo criterio respecto ya no meramente de lo esquizotímico, sino de lo esquizoide mismo. Otro orden de hechos digno de considerarse en referencia con el tema es que, en ocasiones, una personalidad esquizoide que aparentemente evoluciona en suave gradación hacia la esquizofrenia confirmada, en realidad no es tal personalidad esquizoide sino una esquizofrenia larvada o una esquizofrenia esracionada después de una fase que ha pasado desapercibida en una personalidad premórbida no esquizoide. Así, la esquizofrenia que llamaremos patente no es más que la escena tardía de un drama cuyo preludio careció de aparato impresionante. Una verificación del hecho nos ofrece el estudio de Miskolczy y Joo de 236 casos de esquizofrenia esencial compro-

bada. Una investigación cuidadosa de la conducta prepsicótica muestra el tipo esquizoide definido en un quinto de los casos, inclinándose, incluso en estos casos, a la idea de que se trata de procesos esquizofrénicos abortivos no reconocidos, con proceso cerebral ya antiguo. De la existencia de cambios histológicos, que valen como señales de defecto crónico definido en casos relativamente recientes desde el punto de vista clínico, infieren —que como han observado Spielmeyer y Bostroem en la parálisis general— también el proceso cerebral esquizofrénico puede preceder a los síntomas clínicos; de suerte que el correspondiente candidato a la esquizofrenia, a pesar de los avanzados cambios anatómicos de su cerebro se impone como mentalmente sano o como personalidad esquizoide. Por razones de orden semejante no ha logrado imponerse el de "esquizomanía" de Claude.

En tercer lugar queda la delimitación de la esquizofrenia frente a la psicosis maníaco-depresiva y la psicosis epiléptica, que en la mayoría de los casos es fácil gracias al análisis del cuadro clínico y la anamnesis prolija. Hay un reducido número de casos en que por el tipo de constitución

EL MEJOR PREPARADO A BASE DE BISMUTO

SIFILIS EN TODOS SUS PERIODOS Y MANIFESTACIONES; SIFILIS HEREDITARIAS. FIEBRES TIFOIDAS Y PARATIFOIDAS



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

física o por otras circunstancias es difícil hacer el diagnóstico diferencial, quedando como un problema por resolver el de las psicosis mixtas. Parece que hay cierta oposición entre la epilepsia y la esquizofrenia, como si las condiciones etiológicas de ambas enfermedades no pudiessen coexistir en el mismo individuo. Con respecto a la psicosis maniaco-depresiva, Kretschmer, Mauz y otros investigadores se inclinan a favor de la mixtura de disposiciones y cuadros clínicos. Por último, las psicosis hiperquinéticas o de la motilidad, sostenidas por Kleist y su escuela como independientes, ofrecen problemas para la investigación futura, pues las conclusiones de E. Fünfgeld en su reciente trabajo sobre este tema no pueden tomarse como definitivas.

En resumen, la esquizofrenia es un tipo clínico unitario en el estado presente de nuestro saber, sin constituir una entidad nosológica. Se distingue de las pseudoesquizofrenias sintomático-somáticas por su comienzo sin causa patente, de la pseudo-esquizofrenia neurósica por su aparición sin nexo de sentido con la personalidad premórbida, de las demás psicosis por el conjunto de su sintomatología y por las particularidades de su proceso. El diagnóstico diferencial requiere en todo caso anamnesia prolija, análisis sintomatológico preciso y observación prolongada. La sintomatología de la esquizofrenia es fundamentalmente psicológica. Aunque carece de síntomas patognomónicos, es característica la impresión de conjunto y la presencia de síntomas como los siguientes: la extrañeza del mundo de la percepción, las alucinaciones verbomotrices, el pensamiento que se hace sonoro, el eco del pensamiento, la discordancia de las diversas actividades psíquicas, el pensamiento esquizofrénico —sobre todo las delusiones propiamente dichas, los pensamientos hechos, la publicación y la substración del pensamiento—, el amaneramiento, el autismo, la apatía, la ambivalencia, los impulsos sexuales unidos a ideas de influencia, la pérdida de la soberanía del yo, las fallas de la intencionalidad y la desnaturalización de la personalidad.

BIBLIOGRAFIA

JOSEF BERZE & HANS W. GRUHLE: *Psychologie der Schizophrenie*, Berlin, 1929.—E. BLEULER: "Primaere und sekundaere Symptome der Schizophrenie", *Zeitschrift fuer die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1930, t. 124, No. 3 & 4.—HENRI CLAUDE: "Psychose périodique et démence précoce", *L'Encéphale*, 1931, No.5.—E. FISCHER: "Die Zeitstoerung als Schizophreniesymptom", *Schweizer Archiv fuer*

Neurologie und Psychiatrie, 1930, t. 26, No. 1. — JAKOB FROSTIG: *Das schizophrene Denken*, Leipzig, 1929.—HANS W. GRUHLE, K. BERINGER, H. BUERGER-PRINZ A. HOMBURGER, W. MAYER GROSS, G. STEINER, A. STRAUSS, A. WETZEL, K. WILLMANSS: "Die Schizophrenie", OSWALD BUMKE: *Handbuch der Geisteskrankheiten*, t. IX, Berlin, 1932. — KARL HAUG : *Die Stoerung des Persoenlichkeits-Bewusstseins*, Stuttgart, 1936.— A. E. HOCHÉ: "Der Entwicklungsgang psychistischer Erkenntnis", *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1935, No. 31.—E. IRAZOQUI VILLALONGS: "Delimitación actual del grupo de las esquizofrenias", *Archivos de Neurobiología*, 1935, No. 4.—KARL JASPERS: *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin, 1923.— GERHARD KLOOS: "Ueber Kataplektische Zustaende bei Schizophrenen", *Nervenarzt*, 1936, No. 2.—EMIL KRAEPELIN: *PSYCHIATRIE*, Leipzig, 1913, t. III. — ARTHUR KRONFELD: *Handwoerterbuch der medizinische Psychologie*, Leipzig, 1930.—JOHANNES LANGE: *Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie*, Leipzig, 1935.—K. LEONHARD: *Die defektschizophrenen Krankheitsbilder*, Leipzig, 1936. — OTTAR LINGJAERDE: "Leberuntersuchung bei Ceisteskranken", etc. (SKALWEIT, 1936).—FRIEDRICH MAUZ: "Der kompensierte und dekompenierte schizophrene Defekt, seine Prognose und Psychotherapie", *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1929, No. 49.—E. MINKOWSKI: *La schizophrénie*, Paris, 1927.—D. MISKOLCAY & B. JOO: "Ueber Fruebsymptome der Schizophrenie", etc. (SKALWEIT, 1936).—G. E. WORSELLI: "Contribution à la psychopatologie de l'intoxication par la mescaline. Le problème d'une schizophrénie expérimentale", *Journal de Psychologie Normale et Pathologique*, 1936, Nos. 5-6.—M. MUELLER: "Die schizophrenen Erkaunkungen", *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete*, 1935, No. 11.—CARL SCHNEIDER: *Die Psychologie der Schizophrenen*, Leipzig, 1930. — KURT SCHNEIDER: "Die Diagnose der Schizophrenie und Zykllothymie", *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1935, No. 35.—Skalweit: *Konstitution und Prozess in der Schizophrenie*, Leipzig, 1934.—WOLF SKALWEIT: "Schizophrenie", *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete*, 1936, No. 6.—LOTTE SUSSMANN: "Beitrag zum Problem der Traeume der Schizophrenen", *Nervenarzt*, 1936, No. 9. — KONRAD ZUCKER & W. H. DE B. HUBERT: "A study of the changes in function found in schizophrenic thought disorder", *Journal of Mental Science*, 1935, No. 332.—J. ZUTT: "Die innere Haltung, *Mon. f. Psychiatr.*, 1929—(GOTTFRIED EWALD: "Schizophrenie", *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete*, 1931, No. 5).

Valoración a Través del Tiempo de la Terapéuti- ca en la Parálisis Gene- ral Progresiva (*)

Por el Dr. SAMUEL
RAMIREZ MORENO

I

EL PROBLEMA MEDICO-PRACTICO ACTUAL

Desde el siglo XVIII en que Haslam y Perfect se fijaron en la parálisis general progresiva señalándola "entre las formas de terminación de locura" y en 1823 Bayle hizo su perfecta descripción como una entidad morbosa, numerosísimos libros y artículos se han escrito sobre esta dolencia, fruto todos ellos de investigaciones clínicas, etiológicas, patogénicas, que médicos de todos los países y de todas las razas han dado a conocer como consecuencia de sus estudios y observaciones, al grado de que Baillarger (1) ha dicho que: "El conocimiento de la parálisis general progresiva ha sido el mayor progreso en la historia de las enfermedades mentales."

De todos los problemas que esta dolencia ha planteado, sin duda alguna los más trascendentales son los que se refieren a la etiología y a la terapéutica. ¡Cuántas opiniones, cuántos argumentos, cuántas contradicciones para llegar a estos dos conceptos indiscutibles ya y universalmente aceptados:

- 1o.—Que la parálisis general progresiva es de origen sifilítico;
- 2o.—Que la piritoterapia hasta ahora es el tratamiento por excelencia de esta enfermedad.

(*) Trabajo de ingreso presentado a la Academia Nacional de Medicina el día 14 octubre de 1936.

Tales preceptos han hecho cambiar en el transcurso de los últimos veinte años las ideas que se tenían de tal dolencia, pues la noción de que puede ser mejorada o curada se ha impuesto, de tal modo, que uno de los más pesimistas respecto a su pronóstico, el Dr. Nonne (2) —que siempre negó el beneficio de cualquier tratamiento— al observar los resultados de la malarioterapia, no pudo menos de expresar: "Puesto que hace 36 años vengo tratando paralíticos generales, comparativamente debo decir que no he visto antes tan frecuentes, intensas, duraderas y completas remisiones."

Es el diagnóstico oportuno de esta enfermedad y su tratamiento lo más importante desde el punto de vista de la práctica médica actual, y a este último respecto, Vallejo Nájera (3) asienta que: "Transformada la parálisis general, de afección fatalmente mortal en posiblemente curable, adquiere el médico el deber moral de combatir tan terrible dolencia usando de todos cuantos recursos pone la ciencia en sus manos."

Pero la experiencia obtenida durante los últimos veinte años en distintos países y por numerosos autores, en miles de enfermos tratados por diversos métodos, ha señalado contraindicaciones, desventajas y utilidad de

NEUROTONINE

REG. 15314

SEDANTE. HIPNOTICO. ANTIESPASMODICO.

FORMULA:

Sal sódica de ácido Dietilbarbiturico..... 3.00
 Extracto de raíz de Valeriana fresca 97.00

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

DOSIS:

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

LABORATORIOS "GAVRAS," PARIS

REPRESENTANTE PARA LA REPUBLICA MEXICANA

JUAN DE OLLOQUI

ANTONIO SOLA NUM. 58

MEXICO, D. F.

éstos, lo que ha servido para orientar la conducta terapéutica con mayores probabilidades de éxito y menores peligros para los pacientes.

Sin embargo, aún persisten divergencias de criterio, en aspectos, por ventaja de segunda importancia en lo que se refiere a selección de tratamientos y apreciación de sus resultados, aunque hay acuerdo en lo fundamental; mas en la práctica, y antes de instituir la terapia apropiada, es conveniente observar las siguientes cuatro condiciones:

1a.—*Asegurar el diagnóstico.* Es decir, precisar y valorar la sintomatología clínica y practicar siempre los exámenes del líquido céfalorraquídeo, para no confundir la enfermedad de Bayle con otro padecimiento neuro-psíquico, o bien con alguna diversa forma de sífilis nerviosa.

2a.—*Hacer cuidadosamente los cuadros clínico y de laboratorio* antes para compararlos entre sí y de este modo seguir la evolución del mal, apreciar los resultados de la terapia y dirigir la conducta futura.

3a.—*Instituir el tratamiento inmediatamente que se establezca el diagnóstico,* —con las precauciones debidas en cada caso—, pues todo retardo, como señala Grinker, (4) puede significar lesión irreparable del tejido nervioso.

4a.—*Observar durante mucho tiempo a los enfermos,* —aun por espacio de años; tratarlos enérgicamente, de manera constante—, con períodos adecuados de descanso— persiguiendo la tendencia de lograr su mejoría y comprobar si las modificaciones favorables persisten, pues hay que considerar a los paralíticos generales como crónicamente enfermos, aun aquellos de brillantes remisiones, no dejarlos a su suerte y sólo hablar de curación cuando desaparezcan definitivamente los síntomas clínicos al igual que los del líquido céfalorraquídeo.

II

MIS PRIMERAS OBSERVACIONES CON TRATAMIENTOS ESPECIFICOS ANTES DE EMPLEAR LA PIRETOTERAPIA

Desde mi vida de estudiante he tenido especial interés por el estudio y tratamiento de la neuro-sífilis, particularmente de la parálisis general progresiva y mis primeras observaciones las dí a conocer hace quince años. (5).

Dos hechos hicieron fijar entonces mi atención sobre este padecimiento: lo aparatoso de sus síntomas y la ineficacia de los tratamientos em-

pleados, pues con más o menos tiempo, los enfermos irremisiblemente morían por la evolución o las complicaciones del mal.

Deseoso de recoger el mayor número posible de casos y ensayar los métodos terapéuticos que eran más recomendados, y de los que se hacían grandes elogios, me dediqué a estudiar enfermos de los internados en el "Sanatorio Lavista", de Tlálpam, y acudí al Manicomio General, donde con la ayuda del Dr. Ernesto González Tejeda, conseguí en el año de 1922 con el entonces Director, Dr. Manuel Sunderland, que se formara el "Pabellón de Neurosífilis" que aún subsiste, donde pude reunir a todos los sífilíticos nerviosos de ese establecimiento para someter a los parálíticos generales a diversos tratamientos, seguir la evolución de aquéllos y ver los resultados terapéuticos.

Los medicamentos empleados fueron:

- 1o.—Los arsenicales;
- 2o.—Los bismutados, que tenían muy poco tiempo de haber sido dados a conocer por Sazerac y Levaditi (6-7) en la terapéutica de la lúes;
- 3o.—Los mercuriales; y
- 4o.—Los yodurados (en poca extensión y sólo como complementarios de los anteriores).

De los primeros, utilicé el Salvarsán, el Neosalvarsán, la Arsfenamina, la Neoarsfenamina, el Silversalvarsán, el Glucosalvarsán, el Sulfarsenol y la Triparsamida. El Neosalvarsán fué el más usado, pues prevalecían las ideas de Leredde en el sentido de ser éste el más eficiente en el tratamiento de la parálisis general, y así, practiqué los métodos de Sicaud, (8) Ravaut, (9) Milian, (10) Leredde, (11) Collins, (12) y los no menos ingeniosos intrarraquídeos de Gilpin, (13) Swift-Ellis, (14) Ogilvie (15) y Marinesco, (16) así como también el de la canalización espinal sin punción raquídea, de Corpus, O'Connor, Lincoln y Gardner, (17) con la modificación de Brioso Vasconcelos. (18).

De los mercuriales, apliqué los sistemas de inyecciones endovenosas, intramusculares e intrarraquídeas, de acuerdo con la técnica de Byrnes (19) y utilizando en este caso sueros heterólogos mercurializados, que se preparaban *in-vitro* por varias casas comerciales.

Como bismutados acudí principalmente al Trépol y al Neotrépol, que fueron los primeros en ser lanzados al mercado.

Al realizar estos tratamientos iba sin prejuicio alguno y sólo deseando recoger de la experiencia propia los métodos que fueran más eficaces y menos peligrosos para los enfermos.

Estudí más de doscientos casos, pero no en todos ellos pude seguir una observación minuciosa: unos se me perdieron de vista y otros dejaron

MERCUROCROMO - OXIFLUORESCEINA SODICA SALUBLE

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN
MEXICO, D. F.
AV. CHAPULTEPEC, 297

UNICOS DISTRIBUIDORES DEL PODEROSO ANTISEPTICO
MERCUROCROMO - OXIFLUORESCEINA SODICA

SAL PURISIMA CONTROLADA QUIMICA Y BIOLOGICAMENTE POR LOS QUIMICO-FARMACEUTICOS
MANUEL PONTONES Y JOSE A. SENOSIAIN

FRASCO DE DIEZ GRAMOS \$ 1.60

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN
MEXICO, D. F.
AV. CHAPULTEPEC 297.

Muy señores míos:
Me intereso por la sol. MERCUROCROMO - OXIFLUORESCEINA y deseo
se me remita libre de portes una muestra (frasco de 1 gramo para experimentación,
Nombre
Dirección
Estado.....

CUPON



Unico producto proteínico elaborado de leche de vaca del país.

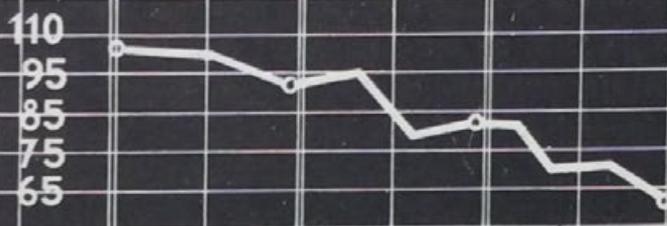
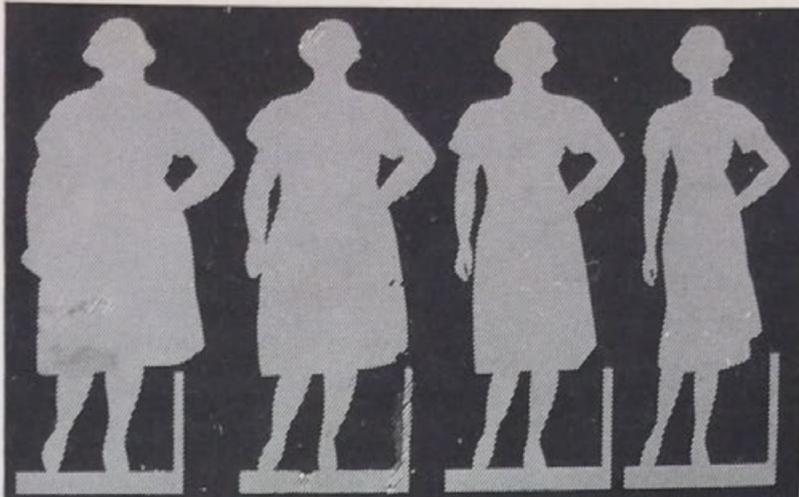
No precipita al ser mezclado con

BILUSAN

en la misma jeringa.

Para el tratamiento proteíno-bimúctico combinado de la neuro-sífilis.

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS.



GLANDIPOSAN

„RICHTER“

(TIRO-ANTEFISAN)

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

FRASQUITOS DE 25 Y 50 GRAGEAS



PRECIOS CONSIDERABLEMENTE REBAJADOS.

de tratarse, por lo que seleccioné cien que me sirvieron para presentar mi tesis recepcional. De ellos resumo, el período evolutivo en que se encontraban y sus formas clínicas en el cuadro I, A y B.

Las remisiones favorables que pude recoger, decía entonces "que no tenía la pretensión de creer fueran exclusivamente por la terapéutica, sino también ayudadas por la evolución, del padecimiento en cada caso y por las condiciones de higiene y los tratamientos sintomáticos empleados."

De los casos que no se modificaron o de aquellos que empeoraron, hubo que tenerse en cuenta que los pacientes eran de hospital y se encontraban en su mayoría, en períodos avanzados de la enfermedad.

Los resultados globales de mi estadística, que Vallejo Nájera, de España, resume en reciente publicación, (3) se consignan en el cuadro 1-C.

Los casos de inyecciones intrarraquídeas no los consigné en la estadística, porque en casi todos, los resultados fueron muy desfavorables y porque este procedimiento lo practiqué en número limitado de pacientes, ya que empezaron a darse a conocer accidentes y peligros de esos métodos, algunos de los cuales tuve ocasión de presenciar.

Cuando cerré mi tesis recepcional, de los cien enfermos estudiados habían muerto 33, por las siguientes causas:

Por ictus y hemorragia cerebral	12
Por caquexia	11
Por septicemia (infección por escaras)	5
Por miocarditis aguda	1
Por gastroenteritis	1
Por tuberculosis pulmonar	1
Por enteritis tuberculosa	1
Por asfixia	1

Debo señalar que los enfermos restantes fueron muriendo después. Volvieron a recaer y casi ninguno, que tuvo remisión, sobrevivió más de cuatro años después de 1924.

De tales resultados, pude apreciar que los tratamientos específicos, por sí solos o combinados, son incapaces de curar la parálisis general progresiva y, si acaso, favorecen algunas remisiones pasajeras, pero algunos de ellos, en ciertos métodos, son peligrosos y aun nocivos.

CUADRO I

OBSERVACIONES EN 100 ENFERMOS PARALISIS GENERAL PROGRESIVA

(DE 1921 a 1924)

(OBSERVACIONES PERSONALES)

"A" SEGUN EL PERIODO EVOLUTIVO

PRODRÓMICO	PRINCIPIO	ESTADO	TERMINAL
2	7	44	47

"B" SEGUN LA FORMA CLINICA

Formas Simples

Formas Mixtas

Maniaca o Expansiva	39	Maniaco Alucinatoria	8
Melancólica	12	Melancólica - Alucinatoria	5
Demencial simple	9	Melancólico-Maniaco (Forma circular)	4
Alucinatoria	6	Maniaco - Confusa	4
Confusa	4	Melancólico - Confusa	3
Paranoide	2	Melancólico - Hipocondríaca	2
Hipocondríaca	2	Total	100

"C" SEGUN EL RESULTADO CLINICO DEL TRATAMIENTO

Resultados:	Neosalvarsan:	Trepol:	Neobropol:
Ninguno	45%	47%	15.5%
Mejoria al Principio	15%	---	15.5%
Ligera Mejoria	7%	35%	23.0%
Remisión parcial.	11%	12%	23.0%
Remisión Completa.	22%	6%	23.0%

LA REMISION MAS LARGA DURO CUATRO AÑOS

Tratamiento Moderno de Algunas Afecciones Nerviosas
 ANTIEPILEPTICO, SEDANTE Y ANTIESPASMODICO

“BORIL”

Reg. No. 16913. M. I. Reg. 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 **Sanyln**

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

COMODO, ECONOMICO, TOLERABLE Y EFICAZ.

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

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SEÑ. MEDICOS

Usase exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

III

SELECCION DE TRATAMIENTOS

En estos doce años posteriores a mis primeros trabajos, he continuado sin descanso tratando paralíticos generales y otros neurosifilíticos. En algunos cientos de enfermos vistos por mí, muchas modificaciones he hecho a los primeros tratamientos, rechazando unos métodos y sistematizando el empleo de otros, y en diversas épocas he expuesto mis humildes opiniones con los resultados de mi práctica, especialmente en la "Memoria de Concurso" que presenté a esta Academia en 1927. (20).

Entonces ya excluía por varias razones el empleo definitivo de los arsenicales en la parálisis general progresiva y en todas las neurosífilis y me mostraba abiertamente partidario de los métodos piretógenos, pasando en revista los principales con la técnica y resultados obtenidos por mí. Recomendaba de los medicamentos específicos, a los bismutados; pero como medicación asociada o de complemento a la hiperpirexia.

Los medicamentos específicos arsenicales, bismutados y mercuriales, como indiqué antes, no está demostrado en ningún caso que por sí solos curen la parálisis general progresiva, pues antes del empleo de la pireto-terapia, no se han observado casos de ese padecimiento que hayan sido definitivamente aliviados y en los que hayan desaparecido los síntomas clínicos y de laboratorio; pero los arsenicales, venenos neurótopos, especialmente los trivalentes, es indudable que constituyen terapéutica ineficaz y peligrosa. Ya he señalado en otras ocasiones (20) los accidentes, aun mortales, que producen, además de innumerables otros que la literatura médica ha ido confirmando por la observación de numerosos autores.

Estos hechos, que comprobé desde varios años atrás, me han abstenido desde hace doce del empleo de productos arsenicales y he tenido la gran satisfacción de no haberlos necesitado hasta la fecha; mas, en cambio, sigo observando pacientes de parálisis general progresiva y de otras neuro- lúes, tratados con ellos por otros médicos, que no los mejoran de sus síntomas, sino que en algunos se presentan accidentes y complicaciones múltiples.

Me cabe la satisfacción de haber sido de los primeros médicos en México en combatir el empleo del arsénico en la parálisis general progresiva, cuando estas ideas eran conceptuadas como blasfemias, principalmente por muchas personas que, con escasa o sin ninguna experiencia personal, se influenciaban por la literatura médica extranjera que en este sentido, sin

duda alguna ha sido hecha en gran parte como propaganda de las casas comerciales; pero el tiempo ha ido trayendo cada vez mayor número de adeptos a la supresión de terapéuticas arsenicales en la neurosífilis, y actualmente éste es un conocimiento bastante extendido entre los médicos, el cual por desgracia se ha ido imponiendo debido a las dolorosas experiencias de la práctica diaria. Sin embargo, aún hay algunos partidarios del Neosalvarsán, de la Triparsamida y de otros arsenicales, a quienes no ha servido de ejemplo la producción de accidentes, como ictus, hemorragias córtico y sub-corticales, neuro-recidivas, reacciones de Herxheimer, atrofas ópticas y muchas otras serias complicaciones, para que dejen de usarlos.

Creo e insisto a este respecto, como lo he venido señalando desde hace mucho tiempo, que los arsenicales no sólo son perjudiciales en la neurosífilis, sino que tienen otro inconveniente que desde hace años sospeché y que ahora he confirmado: el tratamiento de numerosas formas clínicas en las sífilis llamadas dermatropas y esplacnótropas por estos medicamentos favorece las localizaciones nerviosas del treponema. En más de 25% de neurosifilíticos que he examinado en los últimos diez años, encuentro que de cinco a veinte años atrás tuvieron accidentes primarios, secundarios y aun terciarios y fueron tratados por arsenicales, principalmente por el antiguo 606, por Neosalvarsán y por Triparsamida. En apariencia quedaron curados y en muchos, las reacciones de la sangre se hicieron negativas, pero sin embargo, tal terapéutica no fué suficiente para detener las localizaciones nerviosas de los gérmenes y ver aparecer posteriormente cuadros de parálisis general, de tabes y de otras formas de neurosífilis.

Si el treponema no es destruido por el arsénico en sus primeras aplicaciones, aquél busca un refugio adecuado para su vitalidad y defensa, como es el sistema nervioso, y aumenta su resistencia arsenical, lo cual ha sido ya señalado por numerosos autores. (4).

Estos casos, favorecidos o provocados por la terapéutica arsenical, son mucho más rebeldes para ser sometidos a la paludoterapia y, en ocasiones, resultan negativas las inoculaciones.

Con respecto a los demás específicos, los mercuriales, poco útiles, los empleo escasamente, y los yodurados, sólo como medicación asociada, más por sistema que por eficacia, principalmente en las formas intersticiales o vásculo-conjuntivas. Los que uso habitualmente, como antes indiqué, son los bismutados (coloidales y solubles, de modo especial) en forma intensa, asociados a los métodos de piritoterapia, tanto porque los dichos bismutados son más tolerables y no peligrosos, como por su mayor penetración al sistema nervioso.

La introducción de la hiperpirexia vino a modificar la terapéutica de la neurosífilis, y así como la medicación específica, la producción de fiebres e hipertermias la emplee en México entre los primeros médicos y he ensayado casi todas sus formas:

1o.—Por inoculación de infecciones febriles: malaria, fiebre recurrente y sodoku.

2o.—Por proteínas de origen animal y vegetal. (Vacuna antigonocócica, de estreptobacilo de Ducrey, Dmelcos, extracto de Tumbavaquero, etc.)

3o.—Por sustancias pirogénicas químicas: azufre en suspensión aceitosa, nucleinato de sodio, colorantes como mercurio-cromo, etc.

4o.—Por métodos de electropirexia: diatermia por onda larga, por onda corta e inductotermia.

En el trabajo antes citado que presenté como tema de concurso (20) he señalado los inconvenientes y ventajas de casi todos estos procedimientos, que no había caso de repetir aquí, los cuales con el tiempo también he ido seleccionando de acuerdo con los resultados, de tal modo que en los últimos años, el sodoku, la fiebre recurrente y el azufre, cada vez los aplico menos.

Los tratamientos que he seleccionado entre los métodos de hiperpirexia y específicos son, según su orden e importancia:

1o.—*La paludoterapia*, el procedimiento por excelencia entre todos y que a mi juicio debe siempre intentarse en todo enfermo de parálisis general progresiva, salvo cuando haya contraindicaciones formales.

2o.—*La electropirexia*, método que utilizo como substitutivo de la mamaria, si ésta no se puede aplicar, o como complementario de ella, cuando no es suficiente.

3o.—*El "Dmelcos"*, en pacientes a quienes no es posible abandonar su trabajo para internarse o de escasos recursos económicos, o bien en quienes los otros tratamientos han sido incompletos; pero lo procuro aplicar menos cada día.

4o.—*Los bismutados* de los que, como antes señalé, prefiero los coloidales y los solubles.

IV

MÉTODOS SEGUIDOS CON LOS TRATAMIENTOS SELECCIONADOS

Los métodos que preferentemente he estado empleando en los últimos seis años en casos de neurosifilíticos y particularmente en parálisis generales, los practico habitualmente dentro del siguiente plan:

Inoculación de paludismo y, durante el período de incubación, —de seis a quince días—, preparo al enfermo mediante alimentación nutritiva y medicación estimulante, para cuando lleguen los accesos maláricos. Estos procuro que no sean en número menor de diez y si es posible, más, contando como útiles los de temperaturas que alcancen 40 grados, siempre de acuerdo con la resistencia y tolerancia de cada enfermo. Durante tales accesos y para ayudar a que se soporten mejor, empleo suero glucosado y aceite alcanforado. En el momento en que ya el paciente da muestras de agotamiento, se corta el paludismo y se le deja varios días a que se reponga, pero inyectándolo con bismuto, que en muchos casos se aplica desde antes y durante la fiebre.

Los resultados del tratamiento, de ser favorables, se observan casi siempre antes de la tercera semana, y si esto ocurre, verifico —en los casos en que es posible— nuevo examen del líquido céfalorraquídeo para que, de acuerdo con el resultado, se oriente la terapéutica; mas generalmente, lo mismo en los casos de remisión clínica, como en aquéllos en que ésta no se observa, continuo con sesiones de electropirexia, una o dos aplicaciones por semana, de dos a tres horas de duración cada una y con temperatura de 40 a 41 grados, hasta completar diez en cada serie, y sigo instituyendo curas bismúticas por series de treinta inyecciones, una diaria o terciaria, según el preparado, el estado del enfermo y las condiciones de su boca y riñones.

La tendencia que persigo en cada caso es no sólo buscar remisión clínica, sino la desaparición de los exámenes de laboratorio, o cuando menos su atenuación.

Cuando el método palúdico no se debe realizar, lo cual ocurre excepcionalmente pues lo he empleado aun en pacientes débiles, cardíacos, hipertensos, renales y tuberculosos —siguiendo siempre las debidas precauciones—, entonces acudo directamente a la electropirexia.

Naturalmente que no en todos los casos me ha sido posible seguir el mismo orden, intensidad y frecuencia de estos tratamientos, pues la práctica enseña que hay casos que mejoran extraordinariamente con solo el paludismo, y otros más rebeldes que no se corrigen sino hasta después de éste, de varias sesiones de electropirexia y de numerosísimas inyecciones de bismuto. Pero en general, he procurado seguir este sistema, empleando, como ya digo, primero el paludismo y después la piretoterapia eléctrica juntamente con el bismuto.

A pesar de que muchos consideran que la remisión clínica es por sí sola suficiente, pues afirman que "una remisión completa equivale a una curación práctica", (3) considero que no se puede hablar de curación de-

finitiva en la parálisis general progresiva sino cuando paralelamente se obtiene la mejoría clínica y la desaparición de las reacciones del líquido céfalorraquídeo, —y aunque esto último sólo se consigue en contadísimos casos y únicamente cuando la terapéutica ha sido empleada en períodos completamente iniciales de la dolencia,— nuestro deber es tratar insistentemente a cada enfermo y, aun obteniendo tal remisión clínica, insistir en la obtención del mejoramiento del cuadro de laboratorio, para lo cual en todos los casos posibles sigo la terapéutica intensa piretógena, con períodos de descanso, y dado que el paludismo en la mayoría de los casos sólo puede emplearse una sola vez, es la electropirexia la que continúo utilizando, o en su defecto, el "Dmelcos".

V

MIS OBSERVACIONES EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

Más adelante señalo cuadros de mis observaciones y resultados en enfermos de neurosífilis y de parálisis general tratados en los últimos cinco años, que no engloban, como desearía, muchas otras observaciones que lamentamente no haber podido consignar.

Tengo igualmente que decir que mis casos de tres años anteriores a éstos, o sea de 1928 a 1930, en número aproximado de 200, tampoco puedo referirlos porque se extravió el libro en que los anotaba; mas a ese pesar, no dejaron de serme útiles para normar el criterio sobre el camino que he seguido con mis posteriores enfermos y que seguiré en el tratamiento de la parálisis general, mientras no vengan otros métodos que con menos riesgos o accidentes y resultados mejores, superen a los que actualmente tenemos.

Con la piretoterapia, estamos seguros, como se acepta en general, que las remisiones superan a las conseguidas mediante tratamientos específicos y a las presentadas espontáneamente (véase cuadro II A).

La paludoterapia es la que ocupa primer lugar entre los sistemas piretógenos y mundialmente se señalan resultados satisfactorios. (Véase Cuadro II B).

La electropirexia se ha ido imponiendo en los últimos cinco años, especialmente en Norteamérica; día a día se perfecciona su aplicación de tal modo que puede llegar a ser la principal terapéutica del futuro, aunque para algunos ya lo es. Fuí el primero en emplearla en México y ya para 1933 nuestros resultados y observaciones hasta entonces obtenidos se consignaron por Torres Martínez. (21) En el extranjero se vienen seña-

lando estadísticas muy favorables a este método. (Véanse Cuadros II C y II C detallado).

De diez años para atrás, no era aún tiempo suficiente para apreciar la duración de las remisiones provocadas por la piretoterapia, pero ahora ya empezamos a ver que muchas de ellas son verdaderamente notables y prolongadas, otras, pasajeras o parciales; pero cuando los enfermos recaen, excepcionalmente vuelven a mejorar y en la mayoría de los casos, tal recaída es definitiva y fatal.

Tengo numerosas observaciones de mejorías tan completas como interesantes, que han permitido a los enfermos volver a la vida social y familiar, desempeñar su trabajo y actividades anteriores de profesionistas, comerciantes, industriales, obreros, políticos, empleados, militares, etc., que aún están perfectamente bien y a muchos de los cuales continúo tratando, pero que sin embargo, está sobre ellos el peligro constante de una reincidencia, pues ya varios casos de estas remisiones brillantes, que nos entusiasman y pueden halagar nuestra vanidad de médicos tratantes, me han revelado que tienen término y, hecho curioso, aun en enfermos en los que ha habido notoria mejoría del líquido céfalorraquídeo, se han presentado recaídas bruscas y han entrado en un cuadro franco y rápido de demencia, o bien, han presentado complicaciones, como ictus congestivos o hemorrágicos, que muchas veces los conducen violentamente a la muerte o al camino final de la caquexia.

Uno de mis enfermos, después de intenso tratamiento piretógeno y bismútico, con remisión completa clínica y muy acentuada del líquido céfalorraquídeo, que volvió a ocupar por más de seis meses un alto puesto político, el cual desempeñaba con toda eficacia, tuvo una hemorragia cerebral, con muerte casi instantánea. Otro, después de intenso tratamiento piretógeno y con remisión de cuatro años que le permitió volver a la vida social y al trabajo, bruscamente presentó una serie de ictus, de los que en el término de ocho días falleció. Uno más, volvió a recaer presentando perturbaciones mentales intensas después de más de cinco años de completa remisión clínica, para entrar a un estado demencial y morir también por ictus, tiempo después.

Hay además entre otros ejemplos, el no menos interesante de un industrial que durante seis años retornó al manejo de sus negocios y el cual con toda constancia se siguió tratando después de la remisión. Este ha sido el enfermo cuya terapéutica ha sobrepasado a la de todos los demás vistos por mí desde hace cinco años, —con excepción de uno más que llegó a curar y que aún vive—, pues se le hicieron muchas aplicaciones piretógenas por varios procedimientos y se le pusieron cientos de inyecciones

Cuadro II

Estadística Comparativa de Somogyi en 400 enfermos de Parálisis General sometidos a Tratamiento Pireto-geno, Específico y otros sin tratar.

Número de Casos	TRATAMIENTO EMPLEADO	REMISION COMPLETA	REMISION INCOMPLETA	SIN RESULTADO	MUERTOS
A	200 Pireto-terapia Paludoterapia y Proteino-terapia	38	38	124	—
	100 Tratamiento Específico	7	10	83	—
	100 Sin tratar	5	9	47	39

Resumen de Resultados Clínicos de la Paludoterapia, según los datos Estadísticos de 106 Autores.

NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE DE RESULTADOS EN EL GRUPO					PORCENTAJE TOTAL DE REMISIONES.
	REMISIONES COMPLETAS	REMISIONES SOCIALES	REMISIONES INCOMPLETAS	SIN RESULTADO	MUERTOS	
8882	21.14%	15.09%	20.13%	29.30%	16.06%	51.30%

Resumen de los Resultados Clínicos del Tratamiento de la Parálisis General Progresiva por la Electropirexia según los datos Estadísticos de 25 Autores.

Nº de Casos	REMISIONES COMPLETAS	REMISIONES INCOMPLETAS	MORTALIDAD PRODUCIDA POR EL TRATAMIENTO
C 742	212	253	18

Cuadro II-C Detallado.
Resultados Clínicos del Tratamiento de la Parálisis General Progresiva sólo por la Electropirexia, según varios Autores.

AUTORES	Numero de Casos	Remisiones Completas	Remisiones Parciales	Mortalidad como Resultado del Tratamiento.
Heppmann y Osborne.	25	16	2	0
King y Coche.	12	2	6	1
Corsini.	8	3	3	0
Heppmann y Koenig.	50	12	13	0
Terkins.	26	13	10	2
Wilgus y Curie.	97	10	43	6
Pacheco y Silva, Passes Fajardo Marqués de Carvalho.	5	1	1	0
Hinsie y Malock.	68	13	24	2
Schiff, Missel y Trilles Prior.	2-24	1-9	0-9	0-0
Kalphen, Auclair, Crozon Hamford.	15-13	4-1	4-0	0-0
Fishop, Horton et Warren Schamberg.	18	13	0	1
et Pfullerworth Mc Kay Gray et Wimas.	10-28	4-3	3-15	0-1
Hennan, Feinberg, Marken et Osborne.	20	11	2	1
Erskim et Paul.	10	0	8	0
Graham.	68	22	24	1
Worthing.	6	1	3	0
Freeman, Fong et Rosenberg.	50	0	10	2
Simpson Kilig et Siller.	19	18	0	0
Schallenberger.	4	2	1	1
Martinez.	4	3	0	0
Wilgus et Kuhns.	100	20	58	0
Hooversen et Morrow.	23	13	6	0
Hennan et Osborne.	15	9	2	0
Jones.	14	5	5	0
Hennan (últimos casos)	6	3	1	0
TOTAL	742	212	253	18

de bismuto, de yoduro y de mercurio; pero a ese pesar, ha vuelto a recaer y actualmente está en plena demencia, como otro que tengo internado en estado de profundo agotamiento y que presentó acentuada remisión de más de cuatro años y medio.

Casos más puedo señalar, de pacientes consignados en mi estadística que, con remisiones prolongadas postpiréticas y en apariencia curados, sin dejar de tratárseles periódicamente por electropirexia y por bismuto, —haciendo a un lado aquellos a quienes la terapéutica arsenical que en otras partes les han hecho les ha precipitado su evolución o les ha provocado accidentes, — han vuelto a recaer, inclusive como ya indico, algunos con mejorías notorias de las reacciones en el líquido cerebro-espinal.

En contraste, como acabo de señalar, continúo tratando a varias personas que desde hace años están en completa y franca remisión, y otros, muy escasos pero evidentes, en quienes las reacciones del líquido céfalorraquídeo se han hecho negativas. Pero me pregunto ¿quedarán definitivamente así? ¿O fatalmente la mejoría sea transitoria y desaparezca como en otros enfermos? Mientras ello no suceda, procuro en cada caso insistir para que continúe tratándose.

Por no querer extenderme más en esta exposición, si detallara todas las particularidades de mis últimas observaciones, las reúno en los cuadros estadísticos.

Primeramente consigno los casos de neurosífilis vistos en la consulta externa, del año de 1931 a 23 de Agosto del presente (cinco años) y sigo para el diagnóstico la clasificación más uniformemente aceptada. (22-4) De estos enfermos, a numerosos no pude seguir en su tratamiento, ya porque estaban bajo la vigilancia de otro médico y sólo se deseaba consultar mi opinión, ya porque radicaban en lugares de la República distantes de la Capital, o bien, porque varios no requirieron internarse en Sanatorio, donde se puede seguir con mayor cuidado el tratamiento y observar la evolución del mal. (Consúltese Cuadro III).

Después reúno los casos observados y tratados en los cinco últimos años, cuya mayoría ha sido de pacientes internados en mi Clínica, principalmente de paralíticos generales, pues casi todos éstos requieren, por su sintomatología mental como es bien sabido, recluírlos y aislarlos de los medios social y familiar. En la práctica he dado especial cuidado a los neurosífilíticos en períodos preclínico y de principio, porque en ellos, como he señalado en otros trabajos, (23-4) los resultados son mucho más eficaces.

De allí que en la estadística se anoten pocos casos en etapas muy avanzadas: finales o de caquexia, pues habitualmente a estos enfermos,

· CUADRO III

ENFERMOS DE NEUROSIFILIS EXAMINADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DURANTE 6 AÑOS DE 1931 AL 23 DE AGOSTO DE 1936

HOMBRES	MUJERES	TOTAL
267	83	350

FORMAS CLINICAS

1 FORMAS NEURO-EPITELIALES (PARENQUIMATOSAS)	{	PARALISIS GENERAL PROGRESIVA	106
		PARALISIS GENERAL PROGRESIVA JUVENIL	2
		PARALISIS GENERAL PROGRESIVA INFANTIL	2
		TABES	53
		TABO - PARALISIS	4
		NEURITIS	16
		TOTAL	183
2 FORMAS VASCULO-MENINGEAS. (INTERSTICIALES)	{	SIFILIS CEREBRAL	33
		SIFILIS DIFUSA, CEREBRO-ESPINAL	64
		MENINGITIS - SIFILITICA	32
		MIELITIS DIFUSA	10
		TOTAL	139
3 FORMAS HEREDITARIAS DE NEUROLUES	{	PRINCIPALMENTE ENCEFALITIS	28
		TOTAL	28

CUADRO IV OBSERVACIONES · DE · ENFERMOS TRATADOS · DE · 1931 · A · 1936 (S.R.M.)

Número de Observaciones 150	P.G.P.	86	PORCENTAJE	57%
	TABES	26		17%
	SIFILIS CEREBRAL	15		10%
	✓ CEREBRO-ESPINAL	13		9.5%
	MENINGITIS SIFILITICA	10		6.5%
	TOTAL	150		

PARALISIS · GENERAL · PROGRESIVA

Número de Observaciones 86	PERIODO PRODROMICO	8
	PERIODO DE PRINCIPIO	25
	PERIODO DE ESTADO	48
	PERIODO TERMINAL	5
	TOTAL	86

Tratamientos 86	Paludismo Bismuto Electropirexia	34
	Paludismo - Bismuto	29
	Electropirexia - Bismuto	13
	Bismuto - solamente	8
	Paludismo - solamente	1
	Electropirexia " solamente	1
	Total	86

Accidentes con el Tratamiento 4	Paludismo	{ 1 Colapso Cardiaco 2 Muertes Precipitadas 1 Quemadura de 2º Grado
	Electropirexia	

Hoja 2

CURACIONES CONFIRMADAS

2 CON DESAPARICION DE LAS REACCIONES del L.c.R.

Remisiones 72

COMPLETAS 44	Con reacciones atenuadas del L.c.R.	8	P.B.E.	25
	Sin modificación en las reacciones	6	P.B.	13
	Se ignoran	30	E.B.	6
			44	
PARCIALES 28	Con reacciones atenuadas.	2	P.B.E.	7
	Sin modificación.	6	P.B.	12
	Se ignoran.	20	E.B.	7
			B.	2
			28	

No remisiones 12

3	Muertes por enfermedades intercurrentes.	P.B.E.	0
4	Muertes por caquexia.	P.B.	4
5	Enfermos agotados y en estado de demencia.	E.B.	0
		B.	6
		P.	1
		E.	1
			12

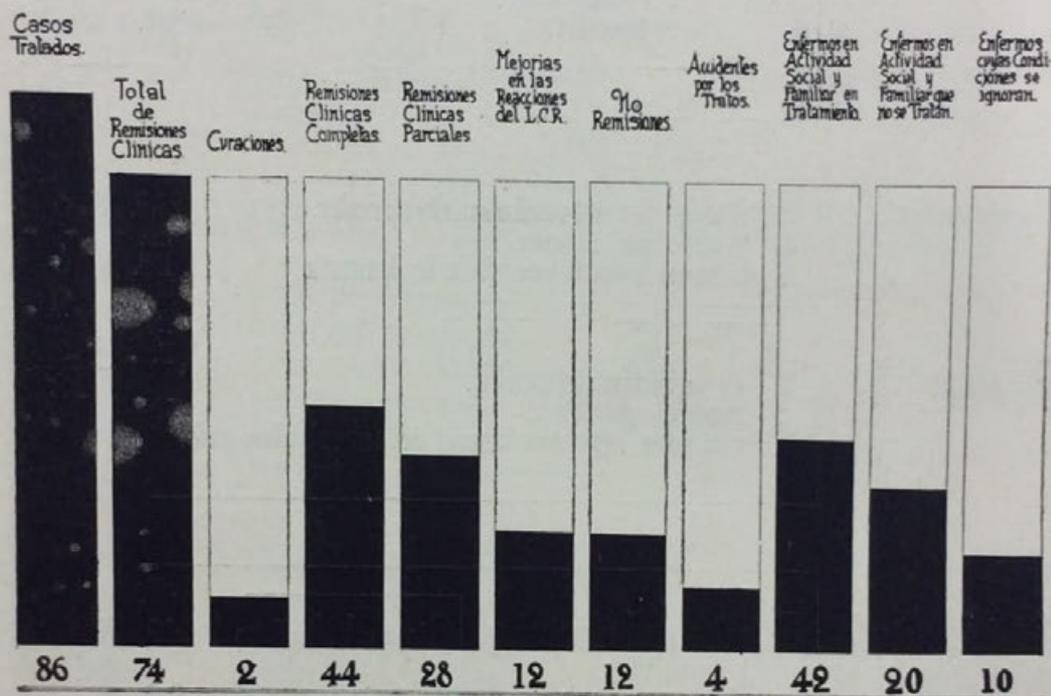
Recaidas 9

2	en evolución definitiva.
5	muerlos por iclus.
2	con nueva remision después del nuevo tratamiento.

Estado social y familiar actual de los enfermos tratados.

En actividad social y vida familiar.	Siguen tratándose	42	62
	No se tratan.	20	
Se ignoran las condiciones actuales.			10

RESUMEN GRAFICO



precisión en la lucha que tenemos empeñada con tan terribles enfermedades, dentro de nuestra humilde labor, pues las observaciones pasadas y del presente nos van formando un mejor criterio para orientarnos en el futuro, ya que, como señala Chaslin, (25) no consiste el progreso en acabar con el pasado como indebidamente se piensa, sino en sumar éste al presente para preparar el porvenir.

BIBLIOGRAFIA

PRINCIPALES TRABAJOS Y AUTORES CITADOS.

- (1) *BAILARGER*.—*Traité de Psychiatrie*.—París.—1912.
- (2) *NONNE*.—*Deutsch Zeit F. Nervich*.—1926.
- (3) *VALLEJO NAJERA, ANTONIO*.—"El tratamiento de la Parálisis General y Otras Neurosífilis".
- (4) *GRINKES JULIUS*.—*General Paresis*.—Tice's Practice of Medicine Vol. X.
- (5) *RAMIREZ MORENO, SAMUEL*. — "Algunos tratamientos en la Parálisis General Progresiva."—"Medicina".—México. — Vol. No. 1921.
- (6) *SAZERAC ET LEVADITI*. — "Le Bismuth dans le Traitment de la Syphilis. Mass, 1921.
- (7) *C. LEVADITI*.—"Le Bismuth dans le Traitment de la Syphilis"—Mason et Cie, editeurs, 1924.
- (8) *SICARD*.—*Bull. et Mem. Soc. de Méd. d. Sosp.*—París.—1922.
- (9) *RAVAUT*. *Bull. et Mem. Soc. d. Med. d. Hosp.*—París.—1913.
- (10) *MILIAN*—"Le Traitment de la Syphilis par des injections espacées et massives."—París, 1922.
- (11) *LEREDDE*.—"Le Traitment de la Syphilis."—París, 1920.
- (12) *COLLINS*.—"The Tratment of Syphilitic Diseases of the Nervous System, by Salvarsán. *Ibid.* Sep. 1913.
- (13) *GILPIN and EARIL*.—"Drainage of Cerebro-spinal fluid as a factor in the Treatment of Nervous Syphilis. Jan. 22, 1916.
- (14) *SWIFT H. F. and ELLIS A. W. M.*—"The treatment of Syphilitic.—Afections of the Central Nervous System, with special reference to the use of intraespinal injections."—*Arch.—Int. Med.* 1913.
- (15) *OGILVIE H. S.*—"The Intraespinal Treatment of the Nervous System with Salvarzanized Serum of Standard Strength."—*The Journal of America.—Med. Assn.*—Nov. 14. 1924.

- (16) MARINESCO CT. — Presse med.—1911-65.
- (17) Breves consideraciones acerca del procedimiento de Corbus O'Connor, Lincoln y Gardner para el Tratamiento de la Neurosífilis, por Torres Luquin P.—México, 1924.
- (18) BRIOSE VASCONCELOS A.—"Tratamiento de la Neurosífilis."—México, 1924.
- (19) BYRNES C. M.—The intradural administration of mercurialized Serum in the treatment of cerebrospinal Syphilis.—Ibid. — Dec. 1914.
- (20) RAMIREZ MORENO, SAMUEL.—"Tratamiento de la Parálisis General Progresiva".—Memoria de Concurso Premiada por al Academia Nacional de Medicina.—Gaceta Médica de México, 1928.
- (21) TORRES MARTINEZ G. — Piretoterapia por Diatermia en la la Neurosífilis. Tesis recepcional.—México, D. F.
- (22) SEZARY A.—La Shypilis Nerveuse, 1926.
- (23) RAMIREZ MORENO SAMUEL.—El problema de la profilaxis y el diagnóstico oportuno de la Parálisis General Progresiva.—Medicina.—Tomo V, año V, Núm. 53.—México, 1925.
- (24) RAMIREZ MORENO, SAMUEL.—El Diagnóstico Preclínico de la Neurosífilis.—Rev. Mex. de Psiquiat, Neurol. y Med. Leg. Vol. II. No. 6.—Marzo, 1935.
- (25) CHASLIN.—Elements the semiologie et Clinique Mentales. — Paris, 1912.

Los Alienados Trabajadores

Por el Dr. JUAN
PEON DEL VALLE

La praxiterapia y especialmente la laborterapia, o sea el tratamiento por medio del movimiento (cinesiterapia) y particularmente del trabajo manual, hoy cada vez más extendida, ha venido a convertir a muchos enfermos mentales en trabajadores. Tienen, por lo tanto, derecho a los beneficios de la ley para la clase trabajadora.

Sin embargo, los enajenados trabajadores no disfrutaban de un reglamento para sus labores, y hay por lo pronto dos puntos que deben estudiarse:

1o.—El salario y la jornada;

2o.—Los accidentes del trabajo.

Los enfermos mentales internados en los locales que el Estado proporciona, tienen derecho a recibir atención médica porque salen del seno de la sociedad y ésta sostiene a la beneficencia pública en este caso para favorecer al miembro enfermo y para protegerse en casos de peligrosidad. Pero si un médico del manicomio prescribe laborterapia para determinado enfermo éste entonces es un miembro ya útil aunque con invalidez de tal o cual grado; va, por así decir, a devolver al Estado parte del todo que éste está obligado a darle. Como el presupuesto señala una partida de egresos destinada a los establecimientos de asistencia social, lo que el enfermo aporte con su trabajo debe ser para él, pues alguna remuneración le corresponde ya que contribuye a la vida del conglomerado social. Ya no es simplemente consumidor: es un productor.

Hay que tener en cuenta, entonces, la jornada de trabajo y su re-

CLORHIDRATO DE MORFINA
BROMIDRATO DE ESCOPOLAMINA
SULFATO DE ESPARTEINA

SEDANTE DEL DOLOR EN GENERAL

SUPPO SEDOL

SUPOSITORIOS

Reg. No. 8754 D. S. P.—Prop. 2494.

EL SUPPO-SEDOL TIENE LAS MISMAS INDICACIONES DEL
SEDOL, Y LA MISMA FORMULA.

ESTE PRODUCTO NO ESTA SUJETO AL CONTROL
DE LOS ENERVANTES.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

THERAPLIX

(ANTES A. BUISSON)

Société Général d'Applications Thérapeutiques.
99 Rue de Sèvres. Paris VIIe.

Representante:

MAX ABBAT

Lucerna 47

Apartado Postal 62

México, D. F.

Quimofarma

FABRICA DE PRODUCTOS QUIMICOS Y FARMACEUTICOS

CALLE DE PUEBLA 402-A ERIC. 4-47-16
MEXICO, D. F.



tiene el honor de ofrecer al H. Cuerpo Médico el

BILUSAN

Reg. D. S. P. 18373

novísimo preparado bismútico en solución acuosa.

Absolutamente hidrosoluble. Lipótropo.

Prácticamente atóxico. De fácil absorción.

De segura eliminación. No forma depósitos.

Soluble en medios tanto alcalinos como ácidos.

Para inyecciones intramusculares e intravenosas

Dosificación exacta. Aplicación indolora.

Para tratamiento de neuro-sífilis solo, o en combinación con

NUCLEOPROTIN

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS

tribución. La duración del trabajo dependerá del estado de salud, de la capacidad, de la indicación médica, y podrá señalarse el salario mínimo para la jornada máxima de acuerdo con la Ley Federal del Trabajo vigente, percibiendo el enfermo la parte de salario equitativa. El primer punto, pues, consiste en reconocer al Estado como patrón además de curador; será curador del enfermo, pero de hecho es patrón del trabajador. Luego hay que darle al enfermo mental internado, cuando sea un obrero, el derecho de estar comprendido dentro de la Ley del Trabajo. Jornada máxima y salario mínimo. Si esto no puede ser estrictamente porque el Gobierno no tiene los mismos contratos de trabajo con sus servidores que las empresas y patrones particulares, cuando menos hacer una adaptación (servicio civil).

El segundo punto se refiere a los accidentes del trabajo. ¿Quién es el responsable? ¿El médico? ¿El Estado? ¿Y hasta qué grado? El responsable es el Estado. Porque el médico al señalar a determinado enfermo como posible trabajador y darle implementos para la jardinería o herramienta para el taller, pone en las manos del miembro de la sociedad (miembro en estado de peligro latente y de invalidez parcial) un instrumento que si puede ser un arma en contra del enfermo también puede serlo contra el médico, y el riesgo es para los dos trabajadores: para el manual, que va a beneficiarse del tratamiento, y para el intelectual, que obra guiado de la mejor intención en favor del primero.

Se propone, en conclusión:

1o.—Comprender a los alienados trabajadores dentro de la Ley del Trabajo, mediante una reglamentación especial, añadida, que limite las obligaciones, precise las modificaciones y condicione los derechos.

2o.—Nombrar una comisión que redacte un proyecto de ley de accidentes de trabajo en los enfermos mentales internados sometidos a la praxiterapia.

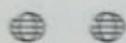
3o.—Integrar esa comisión por un delegado del Estado, otro del cuerpo médico y otro de los trabajadores organizados.

4o.—Elaborar el proyecto de manera que pueda adaptarse al seguro social.

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

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.

REVISTA CLINICA

Observaciones recogidas en el Sanatorio del Dr. Samuel Ramírez Moreno

Por el Dr. CARLOS PAVON A.

SINDROME DE LANDRY DESCENDENTE PAN-NEURITIS GRIPAL

El síndrome de Landry se individualiza por la aparición en el curso de un estado tóxico o infeccioso, agudo o crónico, de una parálisis motriz flácida que iniciándose en las extremidades inferiores invade rápidamente, de un modo progresivo el resto de los músculos del organismo y que habitualmente termina por la muerte sobrevenida por la aparición de síndromas bulbares.

Es un hecho pues, que lo más frecuente en el síndrome sean la forma ascendente en que se propaga la parálisis y el pronóstico fatal cuando la invasión llega a los centros o nervios cardio-respiratorios del bulbo. Esta concepción fué la sostenida por Landry cuando presentó a su enfermo de "parálisis ascendente aguda" y se mantuvo durante mucho tiempo. Ahora, desde el célebre caso de Cuvier, se acepta que existen formas descendentes, verdaderamente excepcionales, del síndrome y que aún cuando la parálisis invada los nervios bulbo-protuberanciales, no siempre significa un pronóstico de muerte, y son varios ya los casos relatados en los que se ha presentado regresión completa de los síntomas.

Hemos tenido oportunidad de observar un caso, por demás interesante, de Síndrome de Landry descendente y a continuación calcamos la historia clínica correspondiente:

Sra. E. C. H., de 24 años de edad, viuda, originaria de Autlán, Jal., ingresó al Servicio el 20 de febrero del presente año.

Como único dato de interés en la anamnesia se refiere que la madre falleció de un padecimiento neurológico muy semejante al que sufre la enferma; los informes obtenidos permiten afirmar el diagnóstico retrospectivo de una parálisis ascendente aguda de evolución rapidísima y que ocasionó la muerte por fenómenos bulbares 48 horas después de su iniciación.

Hace un mes, en el curso de una gripe febril complicada con amigdalitis bilateral supurada, se fueron instalando trastornos neurológicos que se presentaron progresivamente según el orden cronológico que indicaremos:

Abrieron la sintomatología dos síntomas subjetivos, *diplopia homónima derecha* y *obnubilación visual*; una noche la enferma se quejó de que veía doble y que los objetos eran difusos, como vistos a través de una nube.

La mañana siguiente, había desaparecido la obnubilación, pero persistía más acentuada la diplopia, observándose *estrabismo temporal del ojo derecho* y en el curso de ese mismo día hicieron aparición *trastornos parestésicos en los dedos de ambas manos* que posteriormente invadieron la totalidad de los miembros superiores, en los cuales se inició cierta *parexia distal*, dificultándose principalmente los movimientos de prensión.

El cuadro se enriqueció al día siguiente: *las parestesias invadieron los miembros inferiores*; *el estrabismo derecho había desaparecido* y *el ojo correspondiente estaba totalmente paralizado, con ptosis del párpado superior de ese mismo lado*; al mismo tiempo se comprobó la existencia de *estrabismo nasal del ojo izquierdo*, síntoma que desapareció algunas horas más tarde, para instalarse *la parálisis completa de ese ojo*, acompañándose de *ptosis del párpado superior correspondiente*; coincidiendo con estos trastornos apareció *estado vertiginoso*, casi continuo y *rigidez dolorosa de la nuca*, que se fijó en extensión.

Se intensificaron los trastornos motores en los miembros superiores y comenzaron a invadir los inferiores, realizándose una *cuadriparesia flácida*, la debilidad motriz, siempre de tipo ciropodal, comprometió los movimientos de la mano y antebrazo y dificultó la marcha, haciéndola incierta y semejando la *forma tabeto-cerebelosa*; la enferma sentía caminar "en el aire", como si "el piso fuera de algodón"; en el término de algunas horas *la cuadriplegia fué completa*, añadiéndose, además, *parexia de los músculos erectores del tronco*, de tal modo que la enferma no podía efectuar movimiento alguno y ni siquiera sentarse en la cama.

Dos días después, sin modificarse los síntomas ya existentes, se ini-

ciaron otros, manifestando la marcha progresiva del padecimiento; comenzó a quejarse de *parestias faciales*, (sentía dormida toda la cara; los labios, la lengua y los dientes le parecían abultados, demasiado grandes), se le *paralizaron todos los músculos de la cara, los labios quedaron sin movimiento y la lengua quedó con movimientos muy limitados*; igualmente presentó *epifora y sialorrea continuas* y más tarde *ageusia marcada*. Los trastornos motores originaron serias alteraciones en la masticación y deglución, pues la *parálisis del velo del paladar*, que se inició posteriormente, hizo que los alimentos líquidos fueran arrojados por las fosas nasales; también el lenguaje sufrió alteraciones, se presentó primero *rinolalia* y después *disartria marcadísima*, quedando el habla reducida a un simple balbuceo.

La gravedad del padecimiento aumentó y se tuvieron temores por la vida de la enferma, cuando se presentaron tres síntomas bulbares: *vómitos*, que únicamente duraron un día, *trastornos respiratorios* (disnea estática, con períodos de apnea) y *alteraciones del ritmo cardiaco* (crisis de taquicardia con palpitaciones).

Este cuadro, tal como ha sido reseñado, tardó en instalarse 8 días y persistió sin modificación una semana durante la cual, la enferma, paralizada en la casi totalidad de los músculos del cuerpo, estuvo condenada a llevar, por decirlo así, tan solo vida vegetativa. Dos datos negativos de interés merecen recordarse: *las funciones mentales*, principalmente las de conciencia, *permanecieron sin alteración y no existió ningún trastorno de parte de los esfínteres*.

Cuando la enferma ingresó al sanatorio sus condiciones habían mejorado ligeramente y el complejo sintomático descrito ofreció a la exploración neurológica los datos siguientes:

Motilidad.—Cara.—Existe diplegia facial simétrica, flácida, de tipo periférica; la facies es peculiar: los rasgos están borrados, la boca alargada transversalmente, completamente inmóvil; los párpados entrecerrados por la ptosis (facies de Hutchinson), no pueden cerrarse (lagofthalmía); con excepción de los masticadores, ningún músculo de la cara tiene motilidad voluntaria.

Hay oftalmoplegia total bilateral; los ojos están fijos, completamente inmóviles, toda la musculatura ocular está paralizada, tanto la extrínseca como la intrínseca; la parálisis de la acomodación impide la visión de los objetos cercanos; la conjuntiva está húmeda y opaca, hay epifora.

Los movimientos de la lengua son torpes y limitados, especialmente los de retracción y elevación de la punta. Consecuentemente a estos trastornos las funciones de masticación y deglución están seriamente alteradas.

Miembros superiores.—Paresia bilateral flácida; los miembros se encuentran sueltos, caídos, sólo pueden verificar limitados movimientos de abducción total y flexión-extensión de los dedos, cuando estos últimos se producen pueden observarse movimientos atetósicos; hay hipotonía generalizada; la fuerza muscular casi abolida.

Miembros inferiores.—Paraparesia flácida muy acentuada bilateral, de predominio distal; es posible que se efectúen limitados movimientos de flexión del muslo y la rodilla; la hipotonía muscular es también marcada.

Los músculos de los canales vertebrales están paréticos, la enferma no puede sentarse ni flexionar el tronco; los del cuello y de la nuca participan igualmente de la paresia, la cabeza está caída, solo verifica escasos movimientos de rotación y flexión.

Reflejos.—En la cabeza los reflejos de Cacard y Guillain están abolidos, muy disminuído el maseterino; todos los reflejos tendino-periósticos de los cuatro miembros están abolidos.

Corneano: abolido; faríngeo: muy disminuído; palmo-mentoniano: existe en ambos lados; abdominales: abolidos; medio-plantar: da como respuesta muy ligera flexión de los dedos, las maniobras complementarias de Gordon y Oppenheim no modifican el reflejo.

No existe ningún reflejo ocular: Argyll-Robertson bilateral; parálisis de la acomodación; cilio-espinal y consensual, abolidos.

Oculo-cardiaco.—Ritmo de reposo: 30 pulsaciones por cuarto de minuto; la compresión de los globos oculares determina inmediatamente *bradicardia acentuada con arritmia y paros del pulso*; la acentuación del reflejo es tan exagerada que se obtuvo un *descenso teórico de 60 pulsaciones por minuto*.

Sensibilidad.—Muy difícil de explorar por la dificultad con que se expresa la enferma; la sensibilidad general parece conservada en todos los territorios, no obstante, hay dolor generalizado, a la presión, en las masas musculares. La sensibilidad profunda, muscular y articular, sentido de las actitudes y estereognóstico, se conservan normales.

Troficidad.—No existen alteraciones a este respecto.

Lenguaje.—Alteraciones que corresponden a una dislalia: existe rinolalia por paresia del velo del paladar; voz ronca y disfónica; disartria marcada por parcia de los labios y la lengua; el conjunto de estas alteraciones limitan el lenguaje a monosílabos y palabras que se entienden poco.

Marcha: no puede verificarse siquiera la posición de pie.

Serie cerebelosa.—Nada de interés por exploración.

Pares craneanos.

Primer par: se conserva normal.

Segundo par: no presenta alteraciones; los trastornos en la visión son originados por la parálisis de la musculatura ocular.

Tercer par: Parálisis completa bilateral: ptosis del párpado, parálisis de músculos recto interno, superior, inferior y oblicuo menor así como la del esfínter del iris y del músculo ciliar.

Cuarto par: Parálisis del oblicuo mayor.

Quinto par: clínicamente no existen alteraciones en este nervio.

Sexto par: paralizado en ambos lados.

Séptimo par: Existen alteraciones que evidencian la parálisis facial en ambos lados y que ésta de tipo periférico: parálisis del facial superior e inferior, epífora, sialorrea, disminución ostensible del gusto en el tercio anterior de la lengua.

Octavo par: no presenta alteraciones.

Noveno par: Es evidente que el glossofaríngeo está atacado en ambos lados, pues además de la disfagia que se observa en la enferma, la exploración del gusto en la parte posterior de la lengua demostró que existe ageusia.

Décimo par: hay numerosos síntomas que permiten afirmar que el neumogástrico está lesionado: voz disfónica; parálisis del velo; anestesia faríngea; alteraciones respiratorias, (ritmo de Cheyne-Stokes) en ocasiones bastante aparatosas; modificaciones en el ritmo cardíaco (taquicardia, arritmia) y reflejo óculo-cardíaco exagerado a su máximo y provocado fácilmente, lo que hace pensar en una excitabilidad anormal del nervio.

Undécimo par: La rama externa del espinal parece muy poco atacada, ya que la paresia del esterno-cleido-mastoideo es poco acentuada; la rama interna (vago-espinal) dedicada a los músculos de la faringe, está más interesada.

Duodécimo par: Las alteraciones en la motilidad de la lengua bastan para afirmar que este nervio se encuentra interesado igualmente.

Los exámenes de gabinete y laboratorio proporcionaron algunos datos de importancia, principalmente el examen del líquido céfalo-raquídeo que indicó *albuminorraquia intensa* (2 grms. de albúmina por litro) y *leucocitosis profusa* (40 leucocitos por c. c.). Las reacciones de Wassermann y complementarias, así como las del oro coloidal resultaron negativas en el mismo líquido. La inoculación al cuy de 1 c. c. de líquido céfalo-raquídeo resultó negativa. La encefalografía por vía lumbar proporcionó pocos datos de interés.

Resumen:

En los antecedentes de la enferma se consigna que la madre falleció por trastornos bulbares en el curso de un síndrome de Landry ascendente.

El padecimiento actual se presenta durante una gripe febril con amigdalitis supurada bilateral.

El cuadro neurológico se instala en 8 días y se caracteriza por ataque progresivo a las funciones motoras, interesando muy poco las sensitivas y sensoriales; el tipo de parálisis es flácida, sin temblores fibrilares ni atrofia, la invasión parte de los músculos motores del ojo, sigue a los miembros superiores, los inferiores, los músculos del tronco y nuca y termina por atacar la mayoría de los nervios bulbo-protuberanciales, con excepción del I, II, V y VIII pares, no ocasionando sin embargo, la muerte.

El síndrome no se acompañó de trastornos esfinterianos.

El líquido céfalo-raquídeo acusa reacción meníngea intensa, pero debe desecharse la existencia de sífilis o tuberculosis.

El padecimiento, que tuvo fases de gravedad extrema, ha evolucionado hacia la mejoría progresiva sin tendencia a estacionarse, y el pronóstico dista mucho de tener la severidad que se le atribuye a casos semejantes.

Consideraciones clínicas.

El diagnóstico del síndrome es evidente y no merece que nos detengamos, es indudable que se trata de un síndrome de Landry descendente.

Más difícil de resolver es el problema topográfico de las lesiones, asunto que envuelve a la naturaleza del síndrome de Landry desde hace tiempo, sin que hasta la fecha se haya resuelto, es decir, si es originado éste por una polineuritis o si la causa es una bulbo mielitis. La verdad es que hasta la fecha las autopsias verificadas en sujetos fallecidos por esta dolencia, demuestran unas veces ataques a los nervios y otras a la médula misma y mientras no se tengan mayores comprobaciones sobre el particular conviene conservar la denominación de Síndrome.

Clínicamente el caso presente parece inclinarse más a una neuritis generalizada, es decir pan-neuritis, por la existencia de alteraciones sensitivas en los miembros, por la falta de trastornos esfinterianos y tróficos casi obligados en las mielitis, pero principalmente por la regresión favorable que han presentado los síntomas, ya que si se tratara de mielitis con poliomesoencefalitis, las lesiones hubieran sido definitivas y tal vez mortales y a este respecto conviene recordar el aforismo de Kramer: "un síndrome de Landry llegado a la fase bulbar que no hace sucumbir al enfermo en 48 horas, debe hacer pensar en polineuritis y permite abrigar esperanzas respecto al futuro del enfermo".

NOTAS SINTETICAS

Por el Dr. JUAN
PEON DEL VALLE

LA NEUROCIRUGIA EN LA GUERRA DE BOLIVIA Y PARAGUAY

Por mediación de la Secretaría de Relaciones llegó a nuestras manos la interesante obra del eminente cirujano boliviano Abelardo Ibáñez Benavente (Director General de Sanidad Militar y del Hospital de Reparación y Ortopedia del Banco Central de Bolivia, Oficial de la Orden del Mérito Militar y Comendador de la Orden del Mérito de Chile), titulada *Cirugía Reparadora de las Lesiones de los Nervios Periféricos*; trabajo en el que colaboraron el Dr. Valentín Gómez (Teniente Coronel de Sanidad y Subdirector del Hospital del Banco Central de Bolivia) y otros médicos distinguidos.

Interesantes microfotografías, esquemas, tablas y fotograbados ilustran los capítulos. En la primera parte se trata la Cirugía Reparadora de los Nervios; en la parte segunda se hacen algunas consideraciones acerca del diagnóstico y de la evolución de las lesiones nerviosas (comprendiendo casos de estupor nervioso o perturbaciones sine materia); en la tercera parte se relata la evolución clínica; en la cuarta se propone la exploración cruenta como regla para el tratamiento, por oportuna e inocua, mencionando los medios auxiliares para combatir el microbismo latente; en la parte quinta se describe el procedimiento operatorio para la ejecución de la reparación nerviosa; en la sexta se hacen consideraciones acerca de fenómenos dolorosos (causalgias u otros); en la séptima se describe el tratamiento post-operatorio de las heridas con lesiones nerviosas, y en la última los resultados de las intervenciones hechas por los bolivianos du-

rante la guerra. Es una obra bien documentada y con conclusiones de orden práctico que importan al neurólogo y al cirujano.

ENFERMERIA PSIQUIATRICA

La Universidad Nacional Autónoma de México ha establecido cursos de especialización (enfermería sanitaria, enfermería rural, etc.) y entre ellos figura uno de enfermería psiquiátrica, cátedra que ha sido encomendada al que esto escribe y que tendrá por objeto preparar al personal destinado a atender a los enfermos mentales. Esto es en parte la cristalización formal de las ideas del Dr. Ramírez Moreno, quien ya había organizado cursos de clínica psiquiátrica para enfermeros prácticos cuando fué Director del Manicomio General. En aquel entonces varios médicos nos hicimos cargo de los cursos de adiestramiento de los vigilantes del Manicomio. Pero la tendencia actual ahora es preparar a enfermeras tituladas en asistencia de enfermos de medicina y cirugía y aun a las profesoras en obstetricia, con objeto de ir transformando el personal de los frenocomios oficiales y sanatorios particulares; y además ir ampliando la labor social de los profesionistas y relacionando unas especialidades con otras con fines de mejoramiento colectivo.

LA SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES DE LA MEDICINA

Todavía no hace mucho tiempo que fué abatido a tiros el eminente oto-rino-laringólogo Dr. Samuel Inclán por un militar impulsivo mientras el cirujano operaba con éxito a su hijo, caso que vino a sumarse a la ya larga serie de mártires, voluntarios unos e involuntarios los otros, que llena la historia de la medicina. El jueves 18 de febrero de 1937 fué asaltado otro eminente médico, el Dr. Ruiz Esparza. La Sociedad de Médicos del Hospital Béistegui publicó en la prensa lo siguiente:

"El día 18 del corriente a las 5 de la tarde tomó un coche de alquiler para que lo condujera a San Pedro de los Pinos con objeto de hacer una vista médica; al bajar del coche y liquidarlo, inquirió por la dirección del enfermo que buscaba; un desconocido se ofreció a conducirlo y al pasar por un llano le asestó terribles golpes en la cabeza con una macana. Dos horas más tarde se dió cuenta el Dr. Ruiz Esparza que se encontraba tirado en el suelo en el mismo sitio, desposeído de todos los valores que llevaba y rodeado de algunas personas, quienes dieron parte a la policía, siendo conducido a la Delegación de Mixcoac por una ambulancia de la Cruz

Roja y a las 12 de la noche entregado a sus familiares. Hoy falleció a consecuencia de las lesiones recibidas.

"El señor doctor don Felipe Ruíz Esparza, de 72 años de edad, trabajó de practicante en el Hospital Concepción Béistegui. Fué contemporáneo de los médicos don Manuel Gea González, don Francisco Vázquez Gómez, etc. Recibido por el año de 1889, siguió prestando sus servicios en el Hospital de Regina (Béistegui) sin interrupción hasta su muerte, acaecida hoy (sábado 20 de febrero de 1937) a las doce horas treinta minutos. Igualmente trabajó con empeño en el hospital de la Beneficencia Española alrededor de 30 años. No ocupó cargos públicos, ejerciendo la medicina en forma directa; los pobres siempre fueron sus preferidos y es uno de los médicos que más se han distinguido en su larga carrera por sus dotes filantrópicas e inmenso apego al trabajo. Fueron sus maestros las eminencias médicas que a fines del siglo pasado actuaron en el Hospital Béistegui: los doctores Ramón Icaza, Ricardo y Joaquín, Vértiz, Francisco de P. Chacón, etc., etc. Al lado de estos ilustres médicos tomó activa participación en el desarrollo de la cirugía aséptica que tanta importancia tuvo en el Hospital Béistegui a fines del siglo pasado; en su larga actuación como médico del hospital, fué maestro de varias generaciones.

"Durante el banquete con que celebró el Congreso Nacional de Higiene y Medicina del Trabajo su clausura en los salones de "El Patio", a moción del Sr. Dr. don José Torres Torija, el Congreso guardó un minuto de silencio en memoria del maestro, haciendo después los oradores diversos comentarios acerca de la inseguridad en que por lo general desarrolla el médico su misión".

"Dos connotados médicos nos dieron ahí mismo sus impresiones del momento:

"Las circunstancias en que se cometió el horrible asesinato del señor doctor don Felipe Ruíz Esparza, médico honorable y de avanzada edad, ponen de manifiesto el alarmante aumento no sólo de la criminalidad, sino también de la peligrosidad misma de los delincuentes. Ninguna resistencia hubiera podido ofrecer el doctor Ruíz Esparza al hombre cuyo crimen manifiesta una super-peligrosidad alarmante, y los médicos quizá se verán obligados, por esta situación grave que plantea la delincuencia, a darse garantías por sí mismos, lo que será el colmo en un país civilizado: Que el médico, guardián de vidas enfermas, vaya armado al cumplimiento de su misión". DR. ALFONSO MILLAN.

"La profilaxis de la criminalidad la harán los nuevos procedimientos sociales, pero la curación de la criminalidad actual (posible fruto de las

injusticias sociales), sólo se puede hacer mediante la extirpación radical como cáncer que es". DR. JUAN PEON DEL VALLE.

Si esto ocurre por la deficientísima prevención social y la malísima defensa del individuo y de la colectividad ¿qué no será por lo que respecta a la falta de una legislación sobre alienados? He aquí un ejemplo, tomado de "La Reforma Médica", Lima, Perú (enero 1937, año XXIII, Núm. 250):

"El día 17 del mes pasado, fué víctima de un atentado criminal el Dr. Baltazar Caravedo. Director del Hospital Víctor Larco Herrera. Un ex-asilado de ese establecimiento, con tendencias criminales oportunamente reveladas por la pericia y que sin embargo pudo recobrar su libertad, a pesar de los varios hechos delictuosos de sangre por él cometidos, intentó victimar en plena calle al ilustre psiquiatra. Felizmente un conjunto de circunstancias providenciales salvó al Dr. Caravedo del atentado, no sin recibir una feroz cuchillada en el cuello, que la intervención inmediata del Prof. Caravallo ha reducido en sus deplorables consecuencias. Este hecho ha conmovido justamente a todos. Un movimiento social de protesta ha evidenciado al Dr. Caravedo la profunda simpatía que lo rodea, y a la sociedad el desamparo en que vive frente a los alienados peligrosos en libertad".

NUEVA APORTACION A LA PRAXITERAPIA

Con afectuosa dedicatoria hemos recibido, editado por las Prensas de la Universidad de Chile, un trabajo del Dr. Baltazar Caravedo, Médico-Director del Hospital "Víctor Larco Herrera" de Lima (Perú), titulado "Concepto moderno de la Laborterapia".

Es una breve exposición de los principios fundamentales del Método de Simon y constituye un interesante estudio del tema mencionado, de aplicación práctica.

Del Tratamiento Sexual de la Neurastenia

Por el Dr. ALEJANDRO BIRO

Extracto del artículo aparecido en Orvosi Hetilap 1933, No. 49

La neurastenia sexual con numerosas sus manifestaciones, y la impotencia, causa principal de la misma, constituyen una enfermedad que se encuentra cada vez con más frecuencia en la práctica diaria y su tratamiento es sumamente difícil. La mayor parte de los enfermos se presentan con complejos sintomáticos claros; habitualmente llevan, según dicen, 3 a 5 meses de padecer y se quejan de impotencia, en sus diversas formas.

De punto de vista fisiológico y farmacológico son los excitantes sexuales —cuyo representante más conocido es el alcaloide yohimbina— muy apreciados. Su efecto consiste en el aumento de excitabilidad de los centros sexuales y en el efecto vasodilatador de la esfera genital (sin embargo, este efecto solamente es pasajero. Es sabido que ningún afrodisíaco es apropiado para un uso perdurable, pues un aumento continuo de irritabilidad, no puede ser ventajoso para el organismo. Y dejando de introducir el afrodisíaco, su efecto cesa en seguida.

La importancia del tratamiento por medio de hormonas sexuales es enteramente distinta. Lo característico de esta terapéutica es que no tiene un efecto momentáneo, sino que produce una modificación de todo el organismo. Naturalmente el alivio del enfermo no es repentino, porque debe transcurrir cierto tiempo, necesario para que las hormonas introducidas al organismo alcancen cierta concentración y produzcan sus efectos, por cuya razón un resultado perdurable, sólo es de esperarse después de un tratamiento largo. Es preciso que la hormona introducida sea eficaz y en

ello estriba la dificultad del tratamiento; es decir, en la preparación correcta del medicamento (efecto constante) y en su dosificación.

Siguiendo las investigaciones fundamentales de *Zondek* y *Aschheim*, varios autores alemanes y franceses han demostrado que los extractos de lóbulo anterior de hipófisis (H. A. L.) ejercen un efecto estimulante a las "células intersticiales" que producen la hormona testicular. El lóbulo anterior de la hipófisis se considera como el motor de las gónadas masculinas. Los extractos de testículo concentrado han tenido hasta la fecha un papel importante en la terapéutica, por la cual es lógico asociarlos con los de antehipófisis, por no ser de este modo más eficaz el estímulo del funcionamiento testicular. También se han hecho investigaciones para saber cuales son las hormonas llamadas "gonadotropas" del lóbulo anterior de hipófisis. *F. G. Marschall* demuestra que pasan a través de ultrafiltros y membranas, por lo que piensan que sus dimensiones son de 0.3. Probablemente son de naturaleza polipéptida. *W. Holweg* y *M. Dohn* verifican sus experimentos sobre animales con transplantaciones y concluyen de su estudio, que la hormona gonadotropa afecta hormonalmente a las glándulas sexuales y estimula la producción de hormonas sexuales. Pero las hormonas del tiroides frenan tal función del lóbulo anterior. *Th. Martín* y *A. Roche*, con experimentos de parabiosis, comprueban, que también los testículos infantiles tienen una hormona que directa o indirectamente regula al lóbulo anterior de hipófisis. Si dicha hormona testicular falta, se presenta hipofunción hipofisiaria.

G. Lucarelli da cuenta de sus experimentos histológicos. Con anterioridad inyecta a sus animales durante 2-3 semanas, hormona gonadotropa y nota que en los testículos aparecen cambios notables, esencialmente en la parte germinativa se observó una hiperproducción de espermatogonias y de espermatozoides, sin que ellos se transformaran en espermatozoides, en los tejidos intersticiales el autor notó solamente el aumento del contenido lipoideo, mientras que en la hipófisis del animal en experiencia se presentan hipertrofia e hiperplasia del órgano y aparecen las células del embarazo. Más o menos lo mismo comunica *Heinz Boters* en el "Virchow. Archiv". *E. G. Kraus*, *C. Funk* y *B. Harrow* utilizan para la dosificación de la hormona gonadotropa en animales infantiles, el crecimiento marcado de las vesículas seminales. Hasta las células de "Leydig" entraron en proliferación. A base de estos experimentos y otros semejantes, aparecieron muchos artículos que hablan del tratamiento de la neurastenia sexual, impotencia, climacterio viril, senilidad precoz, etc. Todos estos artículos son de la misma opinión, y hacen constar que en la mayor parte de los casos de impotencia y neurastenia sexual, el tratamiento combina-

do de hormonas es eficaz y puede aplicarse con resultado. Por el contrario, es bien conocido, con cuantas dificultades se tropieza para influir especialmente la impotencia psíquica, aún por medio del psico-análisis, y más aún en las grandes ciudades, donde generalmente falta tranquilidad, tiempo y ambiente adecuado para el tratamiento psicológico.

Por esta razón hemos empezado con gusto a experimentar el producto Antetestina Richter.

La Antetestina se presenta en forma de inyecciones y tabletas; para que los resultados de nuestros experimentos fueran más exactos, hemos empleado exclusivamente inyecciones, porque nunca se puede controlar suficientemente el efecto de las tabletas recetadas; y la evolución de la enfermedad, especialmente en consultas gratuitas. Los productos en forma de inyecciones se componen de 2 ampolletas. La número I contiene 100 U. hormona gonadotropa del lóbulo anterior de hipófisis, pulverizada (Glanduantina), la número II contiene solución concentrada de testículo fuerte. La disolución de las ampolletas se hace inmediatamente antes de aplicar la inyección, y de tal manera que el polvo de Glanduantina se disuelve en la solución del testículo fuerte. Este procedimiento asegura el efecto permanente del medicamento.

Según los conocimientos adquiridos hasta hoy; parte de las impotencias se explica por que la producción de las hormonas sexuales en el organismo es deficiente, o ha cesado, por lo tanto la "carga de hormonas" del organismo es defectuosa; por otra parte se presentan inhibiciones nerviosas, preocupaciones y temor, de modo que en estos casos se pueden suponer más bien un aumento de "resistencia". Exista una u otra cosa, por el trastorno funcional del reflejo no se produce la erección. Pero en la mayor parte de los casos hay causas mixtas, y recordando esto, en los tratamientos hacemos siempre dosificaciones individuales. Suponiendo una producción insuficiente de hormonas (erección incompleta eyeculación precoz) hemos seguido un tratamiento intermitente, una inyección cada dos o tres días, y de este modo hemos procurado aumentar lentamente el contenido con hormonas del organismo. En casos de enfermos con inhibiciones de la libido, de naturaleza nerviosa, hemos hecho un tratamiento enérgico, con inyecciones diarias. Hemos empleado una "excitación hormonal". Tomando en cuenta lo antes dicho, nos hemos preocupado por la rigurosa dosificación y la actividad de la hormona.

Los resultados fueron satisfactorios, porque en 80% de los casos hemos obtenido, cuando menos, una clara mejoría, lo que está en armonía con los resultados de casi todos los autores extranjeros. (Schapiro, Voss, Prange, etc.) Nos llamó la atención, que en dos enfermos de preclimacte-

rio viril uno de 42, otro de 47 años, además de la recuperación de la potencia, los demás trastornos (insomnio, sudor, irritabilidad nerviosa) también se mejoraron notablemente; por lo tanto consideramos digno de experimentar este medicamento, no sólo en la neurastenia sexual, sino en otros trastornos del climacterio viril presentil.

Hemos aplicado la Antetestina durante un largo tiempo a 22 enfermos. El número de las inyecciones necesarias variaba entre 6-24. Referiremos algunos casos interesantes:

R. K. de 42 años, empleado, casado, tiene un hijo. Hace años padece trastornos de la potencia. Hace medio año impotencia completa, no solamente conyugal, sino también en experiencias con otras mujeres. Niega haber tenido lues o gonorrea. Severamente le prohibimos los intentos del coito. Le recetamos un tratamiento de Antetestina, y recibe 12 inyecciones, una cada segundo o tercer día. Después de la 5a. inyección nos refiere haber tenido erecciones ligeras en las mañanas. Después de 10 inyecciones ya se presentan erecciones mas francas y frecuentes, por el cual le permitimos efectuar el coito con moderación. Para afirmar los resultados recibe dos inyecciones más. Los resultados son claros y también sus trastornos nerviosos se mejoran considerablemente.

S. J. de 30 años, empleado de comercio, soltero. Desde hace 2 meses intentos de coito sin éxito. Impotencia completa. Se le prescribieron 6 inyecciones, una diaria. Se presentan en la mañana erecciones regulares. Le permitimos el coito, pero queda sin éxito, por cuya razón influimos sobre el enfermo con psicoterapia y seguimos inyectándole. Recibe 6 inyecciones más y aunque se presentan erecciones nuevas; sin embargo, sus sentimientos angustiosos y el temor al fracaso no desaparecen. Le aconsejamos vivir con una mujer y le encargamos cohabitar en el momento, en que se presente la erección. Exito completo y recuperación de la confianza en sí mismo. Desde entonces se ha presentado varias veces para control y está satisfecho con su estado.

Aún mencionaremos a B. Gy., de 19 años, estudiante de preparatoria, quien tenía trastornos de la potencia, con facultades psíquicas muy disminuídas y testículos mucho más pequeños que lo normal. Después del tratamiento de inyecciones —recibió 15— cesaron los trastornos de la potencia. Los demás casos que estudiamos fueron más o menos semejantes. Un sastre de 50 años, por inhibición cortical del mecanismo asociación fué completamente refractario. Quizá la causa de este fracaso, así como de otros pocos; fué que no pudimos influir suficientemente las condiciones de vida de los enfermos atendidos.

En resumen la impotencia puede ser incretógena o neurógena; pero en la mayoría de los casos, es una asociación de las dos formas. La impotencia y la neurastenia sexual son favorablemente influenciadas con la asociación de hormona gonadotropa y extracto de testículo (Antetestina). Lo más interesante es la dosificación correcta y que la hormona que se use sea activa. Las inyecciones no son nocivas para el organismo y no causan trastornos ni molestias ningunas.

CLINICA DEL
DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

Enfermedades Mentales y Nerviosas

1a. CALLE DE GENOVA No. 39

TELEFONOS:

ERICSSON 4-20-62

MEXICANA L-72-30

MEXICO, D. F.

