

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL



SUMARIO:

DIAGNOSTICO CLINICO DE LOS TUMORES CEREBRALES.—*Por el Prof. Dr. I. S. Wechsler.*

LOS ESTADOS DE ANGUSTIA Y EL TRATAMIENTO HETERONIMO DEL COMPLEJO FREUDIANO. — *Por el Dr. Enrique O. Aragón.*

EL RUIDO Y LA HIGIENE MENTAL DEL TRABAJADOR.—*Por el Dr. Samuel Ramírez Moreno.*

LA NEUROSIS POST-TRAUMATICA EN LOS T. C. E.—*Por el Dr. Miguel Lavalie.*

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

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



SEPTIEMBRE DE 1937

MEXICO, D. F.

VOL. IV

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 21

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.

Lipótrofo. Prácticamente Atóxico.

De fácil absorción. Segura eliminación,

Soluble tanto en medios alcalinos como ácidos.

Para inyecciones intramusculares e intravenosas.

Dosificación exacta. Aplicación indolora.

Para el tratamiento de Neuro-sífilis.

Aplicarse solo o en combinación con

NUCLEOPROTEIN

Reg. No. 17216 D. S. P.

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-bismútico combinado

de la neuro-sífilis.

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE
LOS SEÑORES MEDICOS.

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 21. 1o. de SEPTIEMBRE DE 1937. MEXICO, D. F.

Registrado como artículo de 2a. clase el 12 de junio de 1937.

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

PERU: Dr. Honorio Delgado y Dr. Baltasar Caravedo.
ECUADOR: Dr. Julio Endara.
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.

Diagnóstico Clínico de los Tumores Cerebrales

Por I. S. WECHSLER,
Prof. de Clínica Neurológica de la Universidad de Columbia,
Nueva York.

Para hacer un diagnóstico de tumor del cerebro, deben contestarse dos, o mejor aún, tres cuestiones. Primero, si hay tumor; segundo, cuál es su localización; tercero, cuál es su naturaleza patológica.

La primera cuestión puede ser resuelta por el neurólogo, sin la ayuda del cirujano y sin esperar al examen post-mortem, en un noventa y cinco por ciento de los casos. Hay ocasiones en que la posibilidad de hidrocefalia secundaria, absceso cerebral, parálisis general, encefalitis y padecimientos vasculares del cerebro deben ser considerados y en que el diagnóstico clínico se encuentra con frecuencia dificultado, a veces de manera insuperable. Con ayuda de la neumografía (bien encefalografía o bien ventriculografía) y de los estudios del líquido espinal, el margen de error puede reducirse al minimum.

La segunda cuestión, es decir, la localización precisa del tumor, puede ser resuelta, también con la ayuda de los estudios aeroencefalográficos, en un noventa por ciento de los casos o más. Es muy necesario puntualizar que aun cuando la localización del tumor sea suficientemente exacta, no se puede esperar siempre tratarlo quirúrgicamente o por los rayos X. No porque la ablación quirúrgica sea posible en todos los casos, sino sobre todo para los propósitos exploratorios y una efectiva descompresión, la localización más exacta es imperativa.

La tercera cuestión, esto es, la naturaleza del tumor, puede ser contestada ahora, o al menos puede aventurarse una opinión razonable, en un cincuenta por ciento de los casos antes de la exploración. Simplemen-

te decir tumor de la hipófisis, por ejemplo, no es bastante; se puede estar en condiciones de decir adenoma cromófilo o cromófobo o basófilo, o tumor en bolsa de Rathke o cístico, meningioma parasillar o aneurisma carotídeo. De manera semejante se puede clínicamente distinguir en muchos casos un meningioma de un glioma, y en caso de esto último hasta puede presumirse un astrocitoma, un glioblastoma o un meduloblastoma. Estas distan de ser cuestiones académicas. No sólo el pronóstico depende de ellas, sino la determinación del tratamiento aunque no se trate de operación.

Hay dos factores de especial importancia, tanto para el diagnóstico general como el de localización de los tumores cerebrales. Uno es el hecho de que el cerebro está alojado en una caja ósea fija y de capacidad inmutable. Otro es que las diferentes partes del cerebro, los núcleos grises y la sustancia blanca, tienen funciones muy especiales. Por la primera circunstancia, cualquier disturbio en las delicadas relaciones del estuche y su contenido o interferencia en las dos circulaciones cerebrales, más particularmente la del líquido céfalo-raquídeo, es susceptible de despertar síntomas generales como jaqueca, vértigo, vómito y especialmente edema papilar. Por la segunda circunstancia, la lesión de las estructuras especiales provoca signos y síntomas también especiales, correspondiendo a las funciones particularmente afectadas. Por lo tanto, la combinación de ambas, es decir, la concurrencia más o menos sincrónica de los síntomas generales y de los signos especiales, casi invariablemente justifica el diagnóstico de tumor cerebral o, cuando menos, de una lesión extensa.

Es verdad, por supuesto, que algunos tumores del cerebro solamente dan síntomas generales o que por mucho tiempo no originan signos de localización. Es igualmente cierto que algunos tumores al principio y por largo tiempo sólo revelan síntomas focales, por ejemplo, en el ángulo pontocerebeloso, los neuromas acústicos, los neoplasmas sillaes y parasillaes u otras formaciones basilares. Es bien sabido que tanto los síntomas generales como los especiales dependen no sólo de la localización y dimensiones del tumor, sino de su duración y de la rapidez de desarrollo. Así, un tumor del tercer ventrículo o del acueducto de Silvio, aun pequeño, es capaz de producir muy rápidamente síntomas generales de cefalalgia y vómitos y bloqueo a causa de la interferencia de la circulación de líquido cerebroespinal y la hidrocefalia interna resultante. Aún más, la naturaleza anatomopatológica del tumor influye mucho en la sintomatología, ya que un meningioma de crecimiento lento o astrocitoma fibrilar tendrá diferente curso que un veloz glioblastoma, aunque la localización sea más o menos la misma. No obstante, sin perder de vista las excepciones, lo general es que los dos factores mencionados antes determi-

nan la sintomatología de los tumores cerebrales. Desde el momento en que pueden ocurrir cambios secundarios, como hemorragias tumorales o degeneración cística o compresión de vasos con modificaciones secundarias y especialmente distorsión del cerebro con herniamentos y efectos a distancia, se sigue en consecuencia que los signos y síntomas tempranos son los más valiosos para la localización. El desarrollo cronológico de signos y síntomas es también de gran importancia. Porque la naturaleza de los trastornos estructurales y funcionales focales del cerebro son los mismos independientemente del tipo de la lesión, se sigue también en consecuencia que para el diagnóstico de un tumor cerebral son de más importancia los síntomas generales que los signos locales. Hay pocas excepciones notables a esta regla.

Como esta es una discusión general del diagnóstico clínico de los tumores cerebrales y el espacio no permite un análisis detallado de signos y síntomas, será bueno considerar únicamente los puntos salientes.

La *cefalalgia*, que se presenta tan comunmente y suele ser intratable, puede señalar el principio o aparecer tardíamente en el curso del tumor, pero también puede faltar. Es más bien significativa de hidrocefalia interna. El *vómito* es característico, pero no necesariamente. Tiene lugar frecuentemente en lesiones de la fosa posterior. Esto es también verdad por lo que se refiere al *vértigo*. Los desordenes *psíquicos* y *mentales* son relativamente raros en las lesiones de la fosa posterior, excepto en el caso de notable hidrocefalia (hipertensión) y hacia el final. Son más significativos de lesiones supratentoriales, especialmente de tumor frontal o del cuerpo calloso, pero pueden resultar de tumor en cualquier parte del cerebro. Las *convulsiones generalizadas* son más comunes en tumores de la corteza o cercanos a la zona motriz y muy habituales en lesiones del lóbulo temporal, pero pueden ocurrir por tumor en cualquier parte del cerebro. Los tumores cerebelosos no causan convulsiones, pero alteran el tono. Los tumores de crecimiento lento suelen causar convulsiones. Los ataques jacksonianos son muy significativos en la edad adulta, pero pueden relacionarse con la parálisis general.

El *edema papilar*, aunque significativo de tumor por lo menos en un noventa por ciento, solamente tiene lugar en el sesenta o setenta por ciento de todos los tumores. Puede ser unilateral y no necesariamente del lado de la lesión. Es más común en las lesiones del tercer ventrículo y del acueducto y en los tumores de la fosa posterior, excepto en los neuromas acústicos en los que suele presentarse muy tarde. La ausencia de edema de la papila no excluye la posibilidad de tumor. La atrofia óptica puede ser el primer signo en los tumores del cuerpo pituitario y en otros que están al nivel o cerca del quiasma y de los nervios ópticos. El au-

mento del punto ciego es un signo de compresión. Pero no hay que perder de vista que la compresión puede ocurrir en hidrocefalia secundaria, absceso del cerebro, trombosis de los senos, hemorragia subaracnoidea, meningitis y encefalitis. A veces es difícil distinguir el edema papilar de neuritis óptica y retinitis.

Aunque los *abscesos* cerebrales regularmente no ocasionan dificultades diagnósticas, un período latente largo o una insuficiente atención a los antecedentes de infección aguda, especialmente de los oídos, senos óseos y pulmones, pueden dar lugar a errores. De una manera general, la evolución es más rápida en los abscesos, hay fiebre, tienen cierto interés la leuco citosis, y si el absceso es superficial se obtienen datos en el líquido céfalo-raquídeo cuando no evidencia meningitis. Si la *parálisis general* se inicia con convulsiones jacksonianas, puede originar dudas. El cuadro mental, los signos pupilares, el líquido espinal y los datos serológicos ayudan al diagnóstico. La *encefalomalacia* secundaria a padecimientos vasculares da lugar a dificultades insuperables que no siempre resuelve el encefalograma. Sin embargo, la ausencia de deformaciones ventriculares, baja presión del líquido espinal y la presencia de arterioesclerosis en otras partes, así como afección cardiorenal e hipertensión, hablan en favor del resblandecimiento cerebral. He visto edema papilar en *encefalitis*, conduciendo a error de diagnóstico y operación infructuosa. La *esclerosis múltiple* puede también en casos raros desorientar al clínico si hay neuritis óptica precoz y los primeros síntomas son pontocerebelosos.

Una *meningitis serosa* circunscrita benigna o una *aracnoiditis* localizada puede simular tumor del cerebro. La hidrocefalia recurrente puede causar graves dificultades, pero los antecedentes de infección aguda o inflamación pueden servir de guía. La *trombosis* de los senos venosos es más fácil que se confunda con absceso que con tumor. De todos modos casi siempre hay antecedentes de infección de los oídos u otra en relación con la cabeza, y el tipo marántico ocurre con más frecuencia en la infancia y en la edad avanzada. Aquí tropezamos siempre con alguna enfermedad aguda, acompañada de fiebre, a menudo edema del cráneo localizado y dilatación venosa superficial.

Los hallazgos del L. C. R. son de considerable utilidad en el diagnóstico general de tumor encefálico. Habitualmente hay aumento de proteína de 100 miligramos o más y la presión está aumentada como regla. En los tumores de los ventrículos o del cuerpo calloso puede haber aumento de celdillas. Moore establece: 1).—Que el aumento mayor de albúmina en el líquido ventricular que en el obtenido por punción lumbar indica lesión de la fosa posterior. 2).—Que el aumento de albúmina tan-

to en el líquido ventricular como en el espinal habla en favor de tumor del tercer ventrículo o del cuerpo caloso, y 3).—Que el aumento de proteína en el líquido espinal y en uno solo de los ventrículos hace suponer el tumor en el lado del aumento. El índice de Ayala, como lo han demostrado Savitsky y Kessler, es de considerable valor. El índice se obtiene como sigue: Con el paciente acostado, se toma la presión inicial de L. C. R., se extraen 10 c. c. de líquido, se toma la presión final y se divide la última multiplicada por diez entre la primera. Así, si la presión inicial es de 300 mm. de agua y la presión final es de 120, el cociente será 4:

$$\frac{(120 \times 10)}{300} = 4).$$

en favor de tumor con respecto a encefalomalacia, por ejemplo.

La placa radiográfica del cráneo es de gran valor diagnóstico. Muestra ensanchamiento de la silla turca en los neoplasmas pituitarios, atenuación de las apófisis clinoides en otros tumores, alteración de la sombra pineal en otros, ensanchamiento del agujero acústico en los neuromas acústicos y manchas de exostosis en los meningiomas. Sin embargo, la mejor ayuda la ofrece la aereoencefalografía. Cuando se conoce la existencia de tumor pero no está localizado y en los tumores de la fosa posterior, la *ventriculografía* es menos peligrosa que, aun siendo preferible, la *encefalografía*. El desalojamiento de un ventrículo lateral en un sentido o su dilatación, sugiere tumor en el hemisferio opuesto, mientras que la obliteración de un ventrículo habla en favor de tumor del mismo lado. La dilatación de ambos ventrículos laterales y obliteración del tercero, sugiere tumor al nivel del tercer ventrículo. Si el tercero está también dilatado, el tumor se encuentra en el acueducto o en la fosa posterior. La obliteración de una o de ambas astas ventrales sugiere de manera obvia lesión frontal, así como la obliteración del cuerno dorsal correspondería a lesión posterior. Las inyecciones de aire no carecen de peligros, y el cirujano debe estar preparado para operar en seguida si es necesario para evitar un fatal desenlace. La *encefalografía arterial* por inyección colorante en la arteria carótida, preconizada por Moniz, no ha tenido aceptación general. No es concluyente ni está exenta del peligro de convulsiones.

El diagnóstico de localización preciso está basado esencialmente en un buen historial, con datos cronológicos de principio y evolución, signos y síntomas y especial anotación de las manifestaciones precoces y detalle de los elementos neurológicos. Aunque el edema papilar es un síntoma

general, su temprana aparición sugiere tumor del tercer ventrículo, del acueducto o de la fosa posterior. La ataxia frontal difiere de la cerebelosa en que la primera es contralateral y del mismo lado que los signos piramidales, y la última es ipsilateral y a menudo acompañada de manifestaciones en los nervios craneales, que están ausentes en los tumores del lóbulo frontal. La ataxia cerebelosa es más notable y la prueba de Barany es positiva. Los tumores del lóbulo frontal deben ser diferenciados de la parálisis general progresiva. La parálisis del recto externo no constituye un signo especial, y puede ocurrir en caso de compresión del abductor por hipertensión intracraneal. Aunque la astereognosia resulta de lesión del lóbulo parietal, puede ocurrir rara vez en tumores de la fosa posterior. La hemiplejía homolateral suele presentarse en el *hematoma subdural crónico* simulando tumor. Aquí el antecedente de traumatismo es muy importante. Casi nunca se puede localizar un tumor por la afasia sola, pero si otra manifestación coexiste, generalmente se puede. Así, afasia más hemianopsia sugiere la región postrolándica o infrasilviana, mientras que afasia motriz y epilepsia jacksoniana habla en favor de localización pre-rolándica.

Algunas veces resulta difícil diferenciar tumores intrasillares de los supra o parasillares. Los primeros están generalmente caracterizados por signos de disfunción hipofisiaria. Los adenomas cromófilos dan lugar a gigantismo o acromegalia, los cromófobos a hipopituitarismo y distrofia adiposogenital. Los gliomas parasillares son más frecuentes en los niños, mientras que los meningiomas ocurren en adultos, generalmente entre los treinta y los cincuenta años. Los tumores del tractus cráneo-faríngeo también se presentan temprano y a veces calcificados. Los meningiomas también pueden presentar calcificación. Todos los tumores en o cerca del cuerpo pituitario causan perturbaciones visuales y generalmente atrofia óptica. La compresión a veces falta o aparece al último, denotando bloqueo del tercer ventrículo. Las pruebas olfatorias han sido recientemente usadas por Elsberg y tienen gran valor para la localización, por lo que deberían emplearse ordinariamente.

El diagnóstico entre tumor del ángulo ponto-cerebeloso y neoplasma cerebelar puede presentar dificultades. La ataxia y el vértigo aparecen antes y son más notables en los tumores cerebelares, mientras que las manifestaciones de los nervios craneales son menos notables y aparecen tardíamente. Lo contrario sucede en las lesiones pontocerebelosas. En caso de neuroma del acústico, la sordera progresiva y los zumbidos pueden preceder por años a los síntomas de vecindad. Además, las pruebas de Barany son menos definitivas en los tumores cerebelosos que en los neoplasmas del ángulo.

Se puede hacer un diagnóstico clínico de la anatomía patológica del tumor cuando la evolución y los datos neurológicos han sido recogidos cuidadosamente. Los meningiomas son generalmente de desarrollo lento y tardan años en crecer. Son tumores superficiales, generalmente se desarrollan en la hoz del cerebro o en la base. A menudo se calcifican, deforman el hueso o causan exostosis. Los gliomas son profundos y habitualmente de desarrollo rápido, con excepción de los astrocitomas, que se enquistan. Los glioblastomas casi siempre se forman en el cerebro y los meduloblastomas en el cerebelo. Ambos crecen rápidamente, pero son radiosensibles. Los niños sufren casi siempre gliomas, comunmente cerebelosos. Los tuberculomas son normalmente secundarios a procesos en otras partes del cuerpo. No son muy comunes en los niños. Asientan en la corteza, el puente de Varolio y el cerebelo. Los carcinomas son casi siempre metastásicos y frecuentemente múltiples. Los tumores pituitarios pueden hacerse adenomatosos y a veces enquistados. Los tumores del ángulo son a menudo fibromatosos y los acústicos neurinomas. Un naevus de la piel puede hacer suponer un angioma del cerebro, y un adenoma sebáceo la esclerosis tuberosa. La hipercitosis del L. C. R. a veces depende de un tumor intraventricular y las celdillas carcinomatosas de carcinomatosis general.

ABIJON

Dresden-Sajonia

LECHE DESNATADA Y ESTERILIZADA, SIN ALBUMINA BACTERIAL SAPROFITICA,
PARA INYECCIONES INTRAMUSCULARES INDOLORAS.

Util como auxiliar en algunas enfermedades
de las Articulaciones;
del Tejido del Ojo;
de la Piel;
de las Mucosas y
en general en todas las enfermedades donde tiene indicación
la Proteinoterapia.

El precio del Abijón es el más bajo.

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN Y BAJO LA VIGILANCIA MEDICA
REG. NO. 9655. - D. S. P. - PROP. NO. 2153.

INSTITUTO SAJON DE SEROTERAPIA, S. A., DRESDEN

(FABRICANTES DE LA LECHE XIFAL, OTALGAN, VACCINEURINA, ETC.)

Representante General para la República Mexicana:

VICTOR MESTER

APARTADO 1250

MEXICO, D. F.



Los Estados de Angustia y el Tratamiento Heterónimo del Complejo Freudiano

Por el Doctor
ENRIQUE O.
ARAGON

Como uno de los tormentos mayores de la vida humana, interrumpiendo su tranquilo suceder y peor todavía que el dolor mismo o que la honda pena ya aceptados resignadamente, hay la *angustia* o el estado de *angustia*, en que el ser se sacude en vano, intentando tanto rebelarse contra un mal que no se apodera por completo del organismo, como allegarse a un bien que parece escaparse fácilmente, aunque en la apariencia esté al alcance de la mano.

Angustia que para el cuerpo tiene como expresión: ya estrechez de espacio o angostura que limita acciones, negativa, que para Leuconoe en la relación de Ariel es un suplicio; ya opresión o difícil respiración e irregularidad circulatoria o arritmia, con bradicardia y sensación de puñalada en el pecho a semejanza de lo que se observa en el *angor-pectoris*; ya incoordinación motora o bien inhibición que paraliza todo ademán externo y que conmueve sin embargo interiormente, como pasa al que estando a punto de alcanzar puerto de salvación, es detenido en su empresa, pero sin acabar de perecer y como si la costa se alejase, haciéndose imposible llegar a la meta, naufrago que no acaba de llegar a la orilla aunque esté a la vista.

Mentalmente la angustia tiene como centro la emoción del miedo que poliédricamente en cada una de sus facetas se torna ansia, congoja, inquietud, duda, indecisión e incertidumbre siempre, deseo contrariado, anhelo impedido o instinto defensivo no favorecido. La angustia es un vaivén que no cura ni mata mientras existe, pero que mantiene a la víc-

tima en perfecto y continuo azoramiento. La angustia es la tensión nerviosa del preso que intenta evadirse de su mazmorra y que en el conato de escapatoria, está pendiente de todo lo que la favorece o la entorpece.

¡Ay de quien como en la tetralogía de Schopenhauer es Tántalo sediento aunque el agua esté cerca; o se parece a Sísifo volviendo a subir a la cúspide de las rocas que el declive de la montaña hace caer!

¡Ay de quien es Danaide que nunca llega a llenar el tonel sin fondo, o de quien como esclavo unido a la Noria, eternamente hace mover la rueda de Yxión!

La angustia es el infierno terrenal que no amerita con el Dante o Virgilio pasar a la otra orilla y penetrar en la selva oscura y con ésta agravante: que muchas veces el enfermo ignora la causa de su angustia, causa oculta en el inconsciente e ignorancia en que para hallar el factor criptoide que se esconde, hay que bajar a las profundidades del "yo" con el psico-análisis.

La angustia para un caso desauciado, es la muerte que no viene pronto y para otro, éste sonriente, es la vida que principia a escaparse, pudiendo evitarse lo funesto. Nunca la contingencia ha estado en todo su apogeo como aquí en que la posibilidad y la probabilidad se confunden sin conocer sus grados. Oferta con premio que no se alcanza o prohibición sin castigo ostensivo. Constantemente la *agitación*.

Maurice de Fleury, de la Academia de Medicina Francesa, considera como fondo de la angustia, tres aspectos principales, a saber: Eros (el amor), Polemos (la Guerra) y Atropos, (una de las Parcas y la segadora cruel de la existencia); o de otro modo dicho: 1o.—La ansiedad sexual; 2o.—La ansiedad de la lucha, y 3o.—La ansiedad de la muerte.

De entre estas tres modalidades, me voy a referir sobre todo a la ansiedad del instinto filoprogenitivo, de esa tendencia a la conservación de la especie, que se satisface en la conjugación y con la posesión del ser amado. Para Freud y sus discípulos, es el "libido" gobernando todos nuestros actos. Es menester para el efecto, recordar los fundamentos de la teoría freudiana.

Según ella hay una gran cantidad de complejos que se encuentran sumergidos en la conciencia y que intentan salir a flote, pero que son rechazados por una especie de veto o "*refoulement*" premeditado, que por ejemplo en un delincuente se presenta con toda claridad en el afán que tiene de no confesar el atentado o daño que él ha hecho. La verdad emblemática vuelve a su pozo y queda en la oscuridad.

Para descubrirla existen los procedimientos psico-analíticos de la casuística moderna y científica, procedimientos que se resuelven en lo que

se ha llamado la "*catarsis*", como si equivaliera a un purgante que arro-
jara al exterior todo el material almacenado y guardado.

No es raro que el punto de partida en una persona y en particular
histérica, corresponda a una impresión o choque no apreciado en un prin-
cipio u olvidado, de un "Trauma" que puede aparecer años después bajo
cualquier pretexto, a saber: en un sueño, por error, en un acceso de hip-
nósis, etc.

La tesis freudista tiene sin embargo un defecto en su expresión y es
que por lo sistemático de su autor, éste ha exagerado, haciendo depender
todo y como si fuera un denominador común del "*libido*". Ya Jung y
Adler han hecho la corrección. En efecto, Freud llega a suponer que
hasta la succión del pecho llevado a cabo por el recién nacido a la ma-
dre, ésto se efectúa teniendo por base un orgasmo y una voluptuosidad.

Los apetitos de la sexualidad vienen más tarde, en la adolescencia
(pubertad y nubilidad) y no desde esa época tan temprana como es la
infancia en que en el pequeño los órganos duermen su latencia. Las in-
quietudes son más tardías a pesar de que en la vida no todo es sexual,
principalmente en el hombre, en quien hay formas de trabajo indepen-
dientes por completo del interés afrodisiaco. En la mujer es más raro
el asunto porque en ésta su entrega es completa y no fragmentaria. Sin
embargo, la angustia de uno y otra al buscarse y encontrarse separados,
atestiguan la imperfección de las condiciones de aislamiento en que cada
uno puede encontrarse.

Ya, es el celibatario forzoso, ya, la pérdida de uno de los cónyuges,
ya, enfermedades, ya, la época crítica: menopausia y climaterio, ya, la cas-
tración quirúrgica, ya, circunstancias morales, sociales o de otra índole.
A estas posiciones de equilibrio inestable o de franco desequilibrio, son
a las que me voy a referir en los casos siguientes en los cuales la terapéu-
tica ha sido con signo contrario o heterónimo. Me explicaré:

Es común que en el tratamiento opoterápico de las alteraciones se-
xuales, el plan curativo que se acostumbre sea el similar u homónimo. Es
decir, que el medicamento escogido sea del mismo signo o nombre que
lleva el sujeto en quien se obra. Que en un hombre hay impotencia li-
gada a trastornos neurasténicos, v. g., entonces se acude, cuando el mal
no es de otra naturaleza como sífilis, verumontanitis, etc., entonces se
acude, digo, a los extractos orquíuticos o testiculares que desde Brown-
Séquard a la fecha forman larga lista para cubrir el déficit que falta. Que
en una mujer hay insuficiencia ovárica acompañante de perturbaciones
menstruales; entonces los extractos del cuerpo amarillo u otros, son los
que se emplean; ésto lo saben y practican perfectamente los especialistas.

Ahora bien, el tratamiento por mí seguido en personas con trastor-

nos mentales serios, cuando he podido descubrir como complejo *la ansiedad sexual no satisfecha*, es precisamente acudiendo al producto heterónimo o de signo contrario, para calmar esa sed biológica, permitiéndome la frase, o ese incendio en que los tejidos necesitan estar bañados o apagar su ardor, recibiendo la acción benéfica del licor o humor complementario. Mejor que disquisiciones múltiples sobre el mismo asunto, está la exposición de los hechos que paso a relatar.

Primer caso: H. R., joven de 25 años, soltera. Primer menstruación desde los 12 años, regular, dolorosa y en extremo abundante. Constitución débil. Temperamento nervioso. Desde los 18 años con bochornos en la cara, sufre con frecuencia desmayos que aumentan cuando se acercan las reglas. Ha tenido tres ataques con pérdida del conocimiento, seguidos de catalepsia. En el último la rigidez habiendo durado 10 horas. Accesos de taquicardia llegando algunas veces el pulso a 180. Temperatura normal. Imaginación muy viva. Romántica por excelencia y fuertemente impresionable. Le gusta el baile y practica deportes: el tennis con exageración. Ha estado varias ocasiones por casarse y por circunstancias extrañas a ella, sus relaciones han terminado. Es hija única y quizá no hayan sido extrañas a sus rupturas las exigencias paternas. Insomnios muy seguidos, y entonces a media noche opresión respiratoria que semeja por lo aparatosa, el asma. Accesos de risa alternando con los de llanto, y en los últimos tomando actitudes teatrales. Mitomanía. Entusiasta por la literatura y queriendo llamar sobre sí la atención, escribe sus "memorias" en las que puede apreciarse un apasionamiento vivo, todo oscilando en espera de su príncipe azul que nunca llega. A causa de sensaciones vaporosas repetidas y de irregularidad extrema, soy llamado a atenderla, sobre todo cuando en una escena fingió ideas de suicidio, indicando por supuesto de antemano, el sitio en que guardaba las tijeras con las que pensaba herirse. A últimas fechas neuralgías erráticas y que no tienen relación con la distribución de las ramas del trigémino. En cambio llego a demostrar una doble hiperestesia ovárica. El cuadro de angustia lo refiero a un ímpetu erótico, que se entretiene un poco en las fiestas o tertulias a las que concurre la paciente, para agigantarse después en los intervalos cuando tiene ensueños.

Con autorización de sus padres le inyecto cada tercer día intramuscularmente y en la región retro-trocantérica, una ampollita de Extracto orquíutico de Chaix, al que asocio tomados Bromuros, entre ellos el de alcanfor a altas dosis. Después de 4 series, pongo dos cajas de Androcrinol (Iscoyesco) y aconsejo baños tibios diarios. Los síntomas minoran notablemente y se inhiben las expansiones lúbricas que por lo demás nun-

ca llegaron al priapismo ni a la ninfomanía, tratándose de una virgen y sobre todo de una mujer perteneciente a familia decente.

Aconsejo un viaje y es llevada a Veracruz en donde permanece un mes sin tratamiento alguno, tomando baños de mar pero entonces regresa a México peor, lo que me obliga a volver a inyectar el "liquor seminalis" y espermático que vuelve otra vez a obrar como sedante. Esto fué hace dos años. A principios del actual se casó por fin y el nuevo estado la ha curado definitivamente, coronando el tratamiento anterior que médicamente y desde un punto de vista relativo bosquejó por la ciencia el camino que había que seguir.

Por fortuna para mí en esta intervención en el Arte de Hipócrates, no tuve el desagrado de lo acontecido a un compañero en la ciudad de Guadalajara, en que el inteligente facultativo fué acusado ante las autoridades, por un padre intransigente que hizo el reproche al galeno, de que las inyecciones testiculares puestas a su hija, habían roto su virginidad. En su supuesto atropello al pudor y a la castidad, los tribunales no llegaron a fallar, porque habiendo intervenido persona de conocida honorabilidad, hubo el desistimiento de la querrela.

"BORIL"

*Tratamiento moderno
de algunas
afecciones nerviosas.*

*Antiepiléptico
Sedante
Antiespasmódico.*

REG. N° 16913
PROP. N° 3233
D. S. P.

Producto Nacional!

Composición:

Boro-tartrato de Sodio	... 40.00	GRAMOS.
Acetilcolina Bromhidrato	... 0.17	
Sal Sódica del Acido Feniltilbarbitúrico	... 1.00	
Agua destilada	... c. b. p. 100	

PUEBLA 51. **"Comercial Reunida," S.A.** MEXICO, D.F.

De paso diré que con el objeto de no prejuzgar por el público de la naturaleza de un medicamento, hoy día la Casa Richter vende por ejemplo tabletas que llevan el nombre de "Gynofort" como combinación pluriglandular, para ser usadas por la vía bucal por las mujeres previa prescripción del médico, y en esa combinación pluriglandular o mixta por su influencia endocrina, el eje no es un preparado femenino, sino masculino o testicular. Los escrúpulos del atribulado padre que en Jalisco y en la Perla de Occidente, como llevo narrado, creyó que su hija había sido mancillada por introducción hipodérmica o intramuscular de una sustancia, estimo que menos razón los habría, cuando la materia prima es ministrada oralmente o sea por la boca y vías digestivas naturales.

Segundo caso: J. Z., Sra. de 38 años, natural de Puebla, y madre de siete hijos. Hace cerca de un año perdió a su marido en condiciones trágicas. Dueño de una tlapalería y al hacer explosión un cesto con cohetes y chinampinas, el pobre hombre quedó materialmente carbonizado. La esposa recibió la noticia repentinamente, lo que le provocó una crisis nerviosa formidab'e seguida de una tristeza profunda e ideas melancólicas, lo que no obstante le ha permitido quedar al frente del negocio y seguir atendiendo a la educación de los menores. Su hogar continúa a este respecto siendo lo que siempre ha sido, centro de virtudes y trabajo. Ella misma, dama en toda la extensión de la palabra, lleva los libros de contabilidad de su comercio y vigila todo lo de la casa. Religiosa, ha tenido la suficiente fuerza de voluntad para dominarse en su viudez. Sin embargo, principió a notar agitaciones nocturnas, cuando todos estaban descansando y durmiendo. De pronto pensó en exceso de quehaceres, pero su disminución no trajo mejoría alguna. Y reacia a narcóticos y estupefacientes, siempre rechazó las fórmulas dadas por los médicos de aquella ciudad. Como el mal continuaba aumentando, vino a la capital de la República y al describirme su agitación, la ví toda ruborosa y mortificada, llegando a confesar discretamente que era muy común que tuviera hasta alucinaciones del acto carnal, lo que la mortificaba en extremo. Se comprende que en esta pobre mujer, de temperamento hipersténico, siempre cariñosa y fiel a su marido, con el que vivió unida 20 años y con prole numerosa, su organismo haya experimentado un tremendo choque a causa del contraste brusco entre una vida matrimonial continua e ininterrumpida y una abstinencia absoluta consecutiva. Esto me lleva a pensar: ¡Cuántos casos desgraciados habrá en las mismas circunstancias y en los que un exceso de pudor como santa mordaza haga que estén ocultos e ignorados!

Le formulé tres comprimidos al día de Testogan de Henning, e inyección también diaria de Testogán, que como se sabe tiene las hormo-

nas genitales machos provenientes del toro con las hormonas del lóbulo anterior del hipófisis, más tiroxina, yohimbina e hipofosfito de cal. Tomando sobre mí toda la responsabilidad, no indiqué a la interesada las sustancias empleadas, las que privadas de sus etiquetas, se han seguido mandando a Puebla, a donde volvió la señora. Una semana se la inyecta y otra descansa.

Después de cinco meses un alivio franco se ha presentado y en sus últimas cartas, optimista, piensa en un futuro menos sacudido que el lapso último de tiempo. Posible es que una readaptación lenta al nuevo estado, se esté verificando, por lo que próximamente el método fijado deba suspenderse.

Tercer caso: Este es en extremo elocuente porque corresponde a un sacerdote.

M. A., de edad de 30 años y abstigente, por su condición de clérigo. Muchas veces ha tenido cólicos en todo el trayecto del canal deferente, cólicos debidos a la ingurgitación espermática, y cólicos que han sido seguidos de poluciones no ligadas a estados asociativos de ideas o a sueños eróticos. Algunas veces basta la defecación, él es constipado y el sólo masaje de la próstata hecho por el sacibalo basta para provocar el reflejo. Los baños de asiento calientes calman un poco las erecciones, pero no el ejercicio, pues el más ligero frotamiento con la ropa, provoca el derrame.

Su agitación llega al grado sumo, cuando en sus oraciones o en el desempeño de su magisterio el cuerpo protesta y coincide esta protesta con el alma entregada a fenómenos representativos de orden superior.

Al consultarme y presentar el tremendo problema en toda su complicación, con franqueza le manifesté mi propósito de tratarlo por inyecciones dos veces a la semana de Progynon, de Schering-Kahlbaum, a base de hormona folicular estandarizada de alta concentración, 100 unidades ratón en solución acuosa para cada ampolleta de un centímetro cúbico.

Con toda claridad le expuse el hecho tratándose de un Ministro del Señor, era conveniente que él meditase el procedimiento que una sutil casuística ante Dios, podría hacer aparecer como una cópula desfigurada en que por cierto el médico como intermediario desempeñaría un papel nada edificante.

El Sacerdote me indicó que el asunto no se prestaba a reproche alguno, desde el momento que ni la idea concupiscente, pecaminosa fundamental, ni el contacto real y efectivo con una mujer, existían en el procedimiento y que al inyectar el líquido, éste entraba en la categoría de una simple sustancia como cualquiera otra de orden químico o biológico.

Esta conclusión me trajo a la memoria el libro del concepto de la

angustia de Sosen Kierkegaard en que se hace una investigación psicológica orientada hacia el problema dogmático del complejo de Adán, tanto bajo el punto de vista objetivo como subjetivo, obra que en la primera edición de Copenhague, en 1844 fué publicada por Virgilius Hanfricensis.

Con esto más, que quizá en el fondo de la cuestión hay el estado agitado del Prior Hernando en el poema de José Asunción Silva, de ese artista excelso según Miguel de Unamuno, y poema cuyo título es Don Juan de Covadonga.

Previa la aceptación antes dicha, las inyecciones han sido puestas y una ligera mejoría se ha iniciado, lo que hace esperar si no en una curación absoluta, cuando menos un lenitivo, a la turgencia e intumescencia varonil.

Cuarto caso: A. R., joven estudiante de 18 años que se ha visto obligado a interrumpir sus estudios (sigue la carrera de ingeniero) a causa de un debilitamiento extremo. Desde los 12 años practica la masturbación y éste vicio de Onán lo tiene casi aniquilado. Nunca ha habido contacto con una mujer por varias razones: pobre, nunca ha dispuesto de dinero para satisfacer sus exigencias, tomando todas las precauciones necesarias, además sufre con una idea osedante: sifilofobia, lo que lo obliga a ser misógino. Es profundamente tímido, de modo que enrojece y suda copiosamente cuando se encuentra al lado y solo con persona del sexo femenino; entonces llega hasta a sentir un nudo en la garganta y apenas puede balbutir unas cuantas palabras desordenadas. Es el cuadro de la timidez de Rousseau en sus confesiones, o el que comenta Marañón respecto de Amiel, faltando del primero las escenas de Masoquismo. La palidez del enfermo es grande y con frecuencia se presentan mareos y vértigos. Hasta dormido lleva a cabo el acto, no siendo suficiente el enguantarse y amarrarse las manos, pues la mímica del cuerpo encuentra posición para llevar a cabo el designio convertido ya en automático.

Nunca ha sido dirigido por nadie, para formarle una fuerte voluntad y para frenar, su incontinencia, haciéndolo un hombre casto y puro, con la perspectiva de realizar en el tálamo nupcial el desperdicio que hoy ejecuta, sin fecundar a nadie y arrojando a tierra lo que debería estarle prohibido.

Dado lo grave de la situación, le inyecto primero diariamente y después cada tercer día sistomensina "Ciba" a base de Luteo-lipoide u hormonaovárica, y luego aplicaciones de luz violada al perineo, así como a toda la uretra para obrar sobre las vesículas seminales, introduciendo una sonda de cristal hasta la vejiga. La secreción glutinosa de las vesículas, abundante, se corrige y otro tanto la espermatorrea que también ha acompañado sintomáticamente a las irritaciones casi constantes señaladas.

BISMUTOTERAPIA DE LA SIFILIS

por via intramuscular

NEO- CARDYL

SOLUCIÓN OLEOSA
(de butylbismurato de bismuto)

INYECCIONES INDOLORAS
ELIMINACIÓN LENTA Y CONTINUA

*La presencia del azufre en la molécula,
por sus propiedades antitóxicas, favorece
la acción terapéutica.*

"NEO-CARDYL" (para adultos) "NEO-CARDYL" infantil
Cajas de 12 ampollas de 1 c.c. 1/2 Cajas de 10 ampollas de 1 c.c.
conteniendo 0 gr. 075 de Bismuto metal conteniendo 0 gr. 015 de Bismuto metal
REG. N° 12085 D.S.P. - PROP. N° 6514

Usese por prescripción médica

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA

Maîtres POULENC Frères et USINES DU RHONE
21 Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8^e)

Una defervescencia se produce al cabo de tres meses de tratamiento sostenido, al cual al principio el joven estaba reacio.

Como contraste de esta mejoría del sujeto en cuestión debo señalar el fracaso del tratamiento heterónimo en otros casos en que la edad ha hecho estragos. Por ejemplo, en la lascivia de los viejos en que con ella coincide la atrofia testicular de la senectud. Otro tanto cuando hay la regresión de los órganos de la mujer después de los 50.

Antes de proseguir debo llamar la atención que el tratamiento heterónimo es inocente desde el punto de vista de la posibilidad de una inversión sexual provocada. En efecto, ¡qué catástrofe al convertir a una mujer trayéndole atributos masculinos y espantoso transformar a un hombre, en un uranista! La ley podría y debería castigar severamente al que tal hiciese. El peligro no existe y aún más, el tratamiento de los invertidos aun por el procedimiento similar u homónimo es sin resultado alguno. Yo he tratado a varios sujetos de tipo eunucoide por inyecciones de "Interstitial" "Pisa" de Baldacci, sin cambio de ninguna especie en su hábito de degenerados.

El camino es otro, el señalado por Sergio Voronoff en sus experimentos que datan del año de 1923 y anteriores. Los caracteres sexuales secundarios se modifican a base de injertos, tales los injertos testiculares llevados a cabo en hembras, en cabras sin ovariectomizar y ovariectomizadas, y en las que pudieron anotarse al masculinizarse, el acortamiento de las patas y el desarrollo grande de los cuernos. Experimentos del 8 al 24 de junio de 1917. Y los injertos testiculares hechos en ejemplares pertenecientes a la misma especie y realizados homónimamente, es decir, en el mismo sexo, primero en carneros, después en monos y al último en el hombre para combatir la senilidad. En este sentido, progresan los adelantos en el Viejo Mundo.

Una última palabra por lo que toca al tratamiento heterónimo por inyecciones. Hay algún otro asunto que parece apoyarlo. Como es sabido en los Estados Unidos, en Pasadena, California, a últimas fechas se han estado haciendo estudios acerca del diagnóstico prematuro del sexo para el niño en las mujeres embarazadas. El experimento consiste en inyectar orina de la mujer grávida, en una de las venas del pabellón del oído u oreja en dos conejos de diferente sexo y examinar después la turgencia de sus órganos sexuales. Si hay la congestión de los ovarios en la coneja hembra, entonces el producto humano es del sexo masculino, y si hay la turgencia de los testículos en el conejo macho, entonces el feto tiene el sexo femenino. Como si a través de la orina de la madre, los humores fueran a sacudir al sexo complementario. Entre nosotros el Sr.

Dr. Tomás G. Perrín ha llevado a cabo experimentos y observaciones sabias que aún prosigue con el afán y la ciencia que todos le conocemos.

En resumen, estamos en vísperas de una revolución por lo que toca a las acciones humorales que en pleno siglo hacen meditar en el tratado primitivo de Hipócrates, quien sospechaba el alcance de ellos.

La ciencia en su progreso infinito, nos enseña lo pequeño que somos y todavía para el mañana nos reservará sorpresas. Por hoy tranquilicemos a los enfermos de angustia, intentando hacerla desaparecer, pero si el éxito no es completo, cuando menos suavicemos su condición, demos algo de bienestar a su mal o de placer a su dolor, confirmando cuando menos la sentencia de Lucrecio:

"Medio de Fonte dolorum
surgit amaeni aliquid
luctu quod amamus
in ipso."

(Del manantial de los dolores
se eleva algunas veces
un poco de dulzura
para el alma afligida).

(Trabajo leído en la Academia Nacional de Medicina el 13 junio de 1934.)

SINERGIA MEDICAMENTOSA EN INYECCIONES INDOLORAS ATOXICAS



CINAMEINA
TOTAL
Ampolletas A

CANFORATO
DE COLINA
Ampolletas B

●

TRATAMIENTO ADYUVANTE EN
ANEMIAS - ASTENIAS
CONVALECENCIAS MÉDICAS
O QUIRURGICAS
ESTADOS INFECCIOSOS
INFECCIONES PULMONARES
sean o no específicas

●

Usese por prescripción Médica

Reg. No. 16396, D.S.P.

Prop. No. 8511

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS SCIENTIFIQUES LOGEALS, 24, rue de Silly, BOULOGNE-s/Seine
(Francia)

El Ruido y la Higiene Mental del Trabajador

Por el Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

El ruido de las grandes ciudades en las calles y en las plazas, y el ruido que acompaña al trabajo en las fábricas y en los talleres ha creado, como dice Sacristán, un difícil problema de solución que compete e interesa a la higiene psíquica, pues el intelectual y el obrero son las víctimas inmediatas.

Es un hecho de observación que el ruido producido por la máquina que maneja el trabajador disminuye la capacidad de rendimiento de éste y en muchas industrias provoca alteraciones permanentes del oído, que revisten manifiesta gravedad.

Los ruidos continuos, sobre constituciones neuróticas, favorecen estados de desequilibrios psíquicos que se han designado con el nombre de "*neurosis del ruido*". Para todos son bien conocidos los casos de perturbaciones mentales sufridos por los soldados en la guerra, como consecuencia del ruido continuo de los disparos de rifles, ametralladoras y cañones; pero además, hay personas cuya sensibilidad para los ruidos es extraordinaria, lo cual era ya citado desde hace tiempo por Schopenhauer, quien decía: "que son precisamente estas personas las mismas a quienes el arte, la poesía y el puro pensamiento dejan insensibles, a causa quizás de la textura de su masa cerebral".

El *phon* es la unidad para medir exactamente la intensidad del ruido en fábricas y talleres, y es de gran utilidad en lo que se refiere a la higiene del trabajo, pues gracias, a él se demuestra que todo ruido cuya intensidad sea superior a diez *phon* causa alteraciones permanentes del oído medio.

Los obreros industriales que están condenados a trabajar continuamente en medio de intensos ruidos requieren forzosamente medios de defensa que puedan reducir al mínimo las serias consecuencias a que están expuestos.

No es extraño ni inadmisible que el ruido de una máquina cause alteraciones físicas del oído de acuerdo con lo que se ha indicado, así como perturbaciones psicológicas, pues la consecuencia psico-fisiológica más inmediata que la percepción de un ruido provoca se deriva positivamente sobre alteraciones en la atención, ya que la perturbación acústica, de cualquier índole que sea, desvía la atención de aquellos a que está dirigida.

Conviene, diferenciar el ruido continuo, difuso, cualquiera que sea su intensidad: ruidos de máquinas, barullo callejero... y el ruido insólito e imprevisto, fuerte, que fija bruscamente nuestra atención. Puede pensarse que en circunstancias normales de sensibilidad nada tiene de particular que éste último desvíe la atención dirigiéndola hacia él, y que el primero acabe por habituar a quien lo sufre, como acontece en muchos centros industriales, en los cuales los obreros, según su propia declaración, llegan a acostumbrarse en tal forma, que ni siquiera se dan cuenta de su existencia, pues creen que dejan de percibirlo. Esto es solamente cierto en apariencia, pues en verdad, el ruido de cualquier forma que sea, provoca un bloqueo sobre las funciones mentales y disminuye la atención.

Experimentalmente en algunos países se ha demostrado, de acuerdo con la racionalización de los métodos de trabajo, que si se disminuyen los ruidos mediante adaptaciones convenientes a máquinas y a obreros, el rendimiento de éstos es muy superior y su capacidad de trabajo se conserva íntegra.

El trabajador, como el intelectual, tienen que realizar un gran esfuerzo de concentración y a veces es suficiente la más pequeña desviación de su atención para que se altere su disposición al trabajo, y en las personalidades de constitución psicopática y neurótica se produzcan reacciones de naturaleza patológica. En estos casos, tales reacciones no son la consecuencia específica del estímulo acústico, sino manifestaciones de un estado constitucional neuropático; pero de todos modos, el problema interesa a la higiene del espíritu y debe resolverlo para evitar el perjuicio que se pueda producir al trabajador.

La Psicología enseña —lo cual es de gran importancia—, la diferencia teórica entre ruidos primarios y ruidos fusionados o compuestos. Los primeros son aquellos que están formados por sensaciones acústicas que no son descompuestas en el oído en vibraciones diferentes, simples y regulares. Se admite que en individuos a los que no les fuere dado poseer

una membrana del caracol complicada, percibirían tales sensaciones acústicas como ruido; pero es dudoso que el hombre pueda tener tales sensaciones diferenciadas.

Los ruidos secundarios o compuestos están integrados por procesos acústicos totales que no son diferenciables en sí, sino merced a la coincidencia, al cruzamiento, a la mútua perturbación de la sensación de diferentes procesos acústicos. Los ruidos fusionados son choques secundarios a la excitación del oído. La fusión de todos los tonos llegados a nosotros se realiza en la conciencia, por lo que se designa "*estrechez o limitación de su campo*" a la incapacidad de ésta para permitir subsistan separadamente y a un mismo tiempo diversos sonidos en la misma. Cuando la fusión de sensaciones elementales acústicas acontece sin fatiga, se origina el sonido.

Es un hecho de observación y de experiencia general que los ruidos son molestos cuando es posible diferenciar sus componentes y objetivarlos aisladamente. "La percepción de determinado ruido, de modo inconsciente busca una orientación respecto de aquél, para nuestra tranquilidad. (Sacristán) Automáticamente se analiza todo ruido que se percibe; pero cuando surge del medio ruidoso habitual donde actuamos otro diferente cuya naturaleza y origen se desconocen, entonces se sufre grandemente, debido a que se desajusta nuestra adaptación. Es evidente que los ruidos son, incluso en un medio al cual no estamos acostumbrados, muy desagradables. Cuando no nos es posible analizarlos, llegan a ser desconocidos para nosotros o cambian de aspecto y de forma.

Se cita que Mozart cuando trabajaba requería halarse rodeado de sus hijos entregados al juego, sin que el ruido que éstos producían le originase la menor molestia; pero si a este ruido se añadía otro aislado que llegaba a desviar su atención, perdía la concentración de espíritu necesaria para su trabajo.

Otro caso curioso es el que se refiere a Stuart Mill, quien necesitaba para sacudir su apatía y obtener estímulo, que en la habitación contigua a la suya alguien tocara insistentemente el tambor; pero en cambio no podía soportar otra clase de ruido. Y es muy bien conocido el caso del filósofo alemán Haegel, quien terminó su mejor obra durante la noche de la batalla de Jena, amparado por el estampido de los cañones y el fuego de los fusiles; pues después aseguraba que tales ruidos estimulaban y afinaban su pensamiento.

Lessing, en su interesantísimo ensayo sobre el ruido, señala que la actividad del pensamiento ejercitada en un momento de "gran intensidad afectiva o agotamiento mental" necesita de cierta excitación anormal indispensable para laborar y conseguir la energía psíquica adecuada.

Algo parecido sucede al individuo acostumbrado a la vida urbana, al que el campo o la montaña sumen en un estado especial de desánimo y tristeza, que alguien ha llamado "neurosis del silencio". Pero estos casos son evidentemente excepcionales, pues la regla general, como dice Sacristán, la constituye los casos contrarios "que buscan el paraíso de las ideas puras de Platón, la región del puro silencio jamás quebrantado."

Schopenhauer, en su campaña filosófica contra el ruido aludía continuamente, tomando como punto de apoyo las biografías de grandes hombres a las eternas quejas de éstos contra el ruido.

Y muy curioso a este respecto es el caso de Carlyle, considerado como uno de los más típicos de "neurosis" del ruido: Para su mujer, como lo expresa en su Diario y en su correspondencia, la continua preocupación era encontrar para su marido un lugar silencioso de trabajo. En la vida de él, todo dependía de cómo hubiese pasado la noche, pues era suficiente un legerísimo ruido, el lejano cantar de un gallo, el rodar de un coche, el suave tic-tac de un reloj para despertarle intensa cólera.

Retirado a una solitaria casa de Chelsea, su mujer tuvo que comprar todos los gallos y gallinas de los alrededores para evitar que él pasara una mala noche. El cuarto de éste estaba provisto de doble pared de turba y aún así, anunciaba a los suyos que escribiría sus nuevos libros en el desierto o en un barco en medio del mar.

El matemático inglés Babbage no sufría el sonido de los organillos de aquel tiempo que se tocaban en algunos pueblos de Inglaterra.

El mismo Goethe no podía habituarse al ruido y en Estrasburgo marchaba al lado de los tambores para endurecer su oído; pero en toda su vida no pudo lograrlo, y en sus últimos años compró en Weimar una casa junto a la suya para tenerla deshabitada y así preservarse del ruido.

Muchos otros como Schiller, Beethoven, Byron, Schelley, Musset, Victor Hugo y Zola fueron muy sensibles al ruido.

Sans del Río, citado por Sacristán, tapizaba con sarapes y mantas su cuarto de trabajo en busca de silencio, y Marcel Proust pasó gran parte de su vida encerrado en un cuarto tapizado de corcho, así como Ricardo Wagner colocaba bajo su ventana cascos de botellas y guijarros para alejar a los chiquillos de las cercanías de su casa que llegaban haciendo algarabía.

Yo tengo catalogados numerosos casos de "neurosis del ruido", entre ellos el de un escritor americano que ha buscado en numerosos países del mundo un lugar de verdadera quietud y tranquilidad y que se encuentra actualmente en una casa de campo en las afueras de Cuernavaca. Ha bastado en este individuo oír los ladridos de un perro durante la noche, pa-

ra alejarse, no sólo de la casa donde habitaba, sino de la ciudad y aún del país.

Otro caso curioso es el de dos ancianas señoritas, que buscaban siempre habitación en las calles más apartadas y silenciosas de la ciudad, y no conformes con esto cubrían las paredes con capas de paja sostenidas con costales y hacían dobles puertas para impedir la llegada de los ruidos hasta ellas.

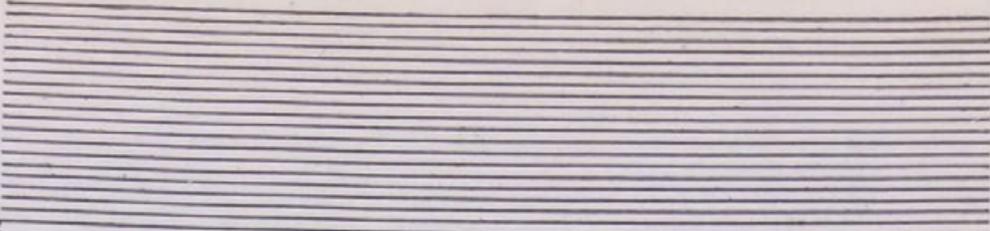
Estos casos, ya dentro del terreno patológico, son simplemente ejemplos, que ponen de manifiesto la acción que el ruido por sí sólo puede producir en determinadas personalidades humanas; pero limitándonos a la acción pura, fisiológica del estímulo acústico independiente del modo de reacción psíquica, se puede afirmar que basta esto por sí sólo para que en organismo humano se verifiquen variaciones y alteraciones cuantitativas, secretoras y excretoras, fuera de la acción de la voluntad y que, en muchos casos, la conciencia no percibe que existan.

Ya ha sido señalada por Pavlow la influencia fisiológica de la percepción acústica merced a los reflejos condicionados.

Hace siglos, se pensaba que determinados tonos ejecían gran influencia sobre ciertos órganos, de donde nació en la Edad Media una curiosa terapéutica la cual pretendía curar ciertas enfermedades, mediante la acción de instrumentos musicales, y así, por ejemplo, se intentaba curar la hidropesía con el sonido de una flauta de madera, la fiebre, mediante los acordes menores de una flauta de caña; todo lo cual sirvió para crear las bases de la psicofisiología actual del sonido.

Los hechos psicológicos y fisiológicos nos revelan que la sensación acústica produce cambios y modificaciones en el organismo, muchos de los cuales son conocidos y otros muchos ignorados; pero desde el punto de vista de la higiene mental se impone la necesidad de determinar en lo posible la influencia de estos factores en la vida de los obreros de fábricas talleres, pues todos sabemos el tormento que significa en las horas de trabajo o de descanso el barullo callejero, los *claxons* de los automóviles, el rodar de los tranvías y camiones, los gritos de los vendedores y los no menos molestos ruidos provocados por las radio, que han originado tantas protestas en todos los países, y así vemos que ciudades, como Roma por ejemplo, ha prohibido terminantemente se produzcan muchas de estas clases de ruidos callejeros, entre ellos los de las bocinas de automóviles.

Entonces ¿cómo no comprender el ruido perturbador del trabajo en una persona que durante ocho horas diarias está sujeta a chirridos molestos, a máquinas sonoras, a martilleos, a ruidos metálicos? Esto, por compensación, en muchos casos, favorece que el obrero subconscientemente busque en el alcohol y en el libertinaje algo que contraste con el rudo



DMELCOS



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

COMPOSICION :

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

PRESENTACION :

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

MODO DE EMPLEO :

Inyección intravenosa

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

**USESE EXCLUSIVAMENTE POR
PRESCRIPCION Y BAJO LA
VIGILANCIA MEDICA**

Nº 7277. - D. S. P.

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

trabajo que se le impone. El ruido, por lo menos, hace fatigar intensamente sus facultades mentales.

“¿Es el ruido —dice Lessing— accidente casual o mero síntoma del desengaño del alma moderna, o expresión de un instinto humano imposible de modificar?”

Para este autor, el instinto del ruido no puede ser vencido mediante órdenes y disposiciones policiacas, sino en muy limitada parte. Tras el ruido se halla —dice Sacristán— un impulso, un proto-instinto en el cual radica el positivo carácter de placer del mismo. El ruido es para el hombre una especie de narcosis de la conciencia, el estupefaciente más primitivo. Sirve, como éstos, para limitar, amortiguar, reprimir las funciones subjetivas ante nuestro espíritu, es decir, intelectuales racionales y conscientes. Dígalo, si no, esa mal llamada música de jazz propia de cabarets y sitios donde el hombre busca aturdirse.

Ello, sin embargo, está en una oposición evidente entre éste proto-instinto de Lessing y la tendencia a superarse del hombre culto, o de otro modo, entre el ruido y la cultura. Ya decía Leonardo da Vinci que “donde se grita no hay verdadera ciencia”.

Desde hace largo tiempo, pero sobre todo en esta época llamada de gran civilización, de industrias y fábricas, el problema del ruido es algo extraordinariamente serio que compete a la higiene mental estudiar y resolver.

Miss Rice, de Norte América, ha sido una precursora para iniciar una conveniente campaña contra el ruido, pues no lo hizo sobre el ruido total de una ciudad o de un sector industrial, sino que empezó por fundar sociedades para luchar contra el ruido en las grandes ciudades, pero primero logró que en la proximidad de los hospitales, clínicas y casas de salud los tranvías no tocaran la campana y el público pasara silencioso; después continuó con el mismo procedimiento en las cercanías de las escuelas, en los establecimientos pedagógicos y en las Universidades. Fué obteniendo poco a poco que ciertos vehículos, como por ejemplo, a los carros de lecheros que originaban un ruido terrible, se les prohibiera sonar sus campanas; posteriormente consiguió que los transportadores de barras de hierro en carros se obligaran bajo pena de veinticinco dólares a envolver las extremidades de éstas con paja para que el ruido se amortiguara. Y esta campaña que mujer tan inteligente empezó, se ha intensificado en muchas partes del mundo y ha estado trascendiendo muy especialmente a los lugares donde el ruido, por ser continuo e intenso no solamente origina molestias, sino sobre todo, perturba las condiciones, psicofisiológicas del hombre.

Como esto principalmente es en las industrias, en determinadas fá-

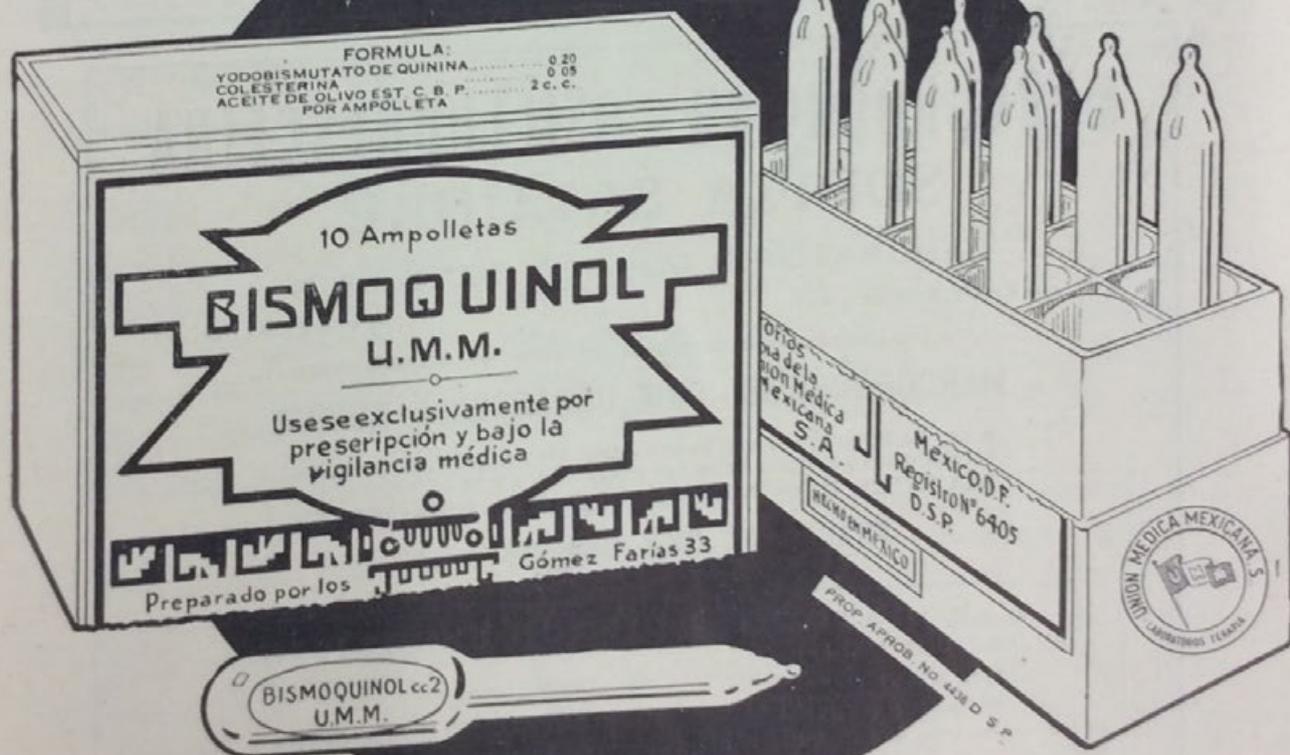
bricas y talleres, es por lo que, al igual que hizo Miss Rice, se impone iniciar en México también una campaña para disminuir estos ruidos en beneficio y protección del trabajador.

Constituye éste uno de los aspectos en que ha de lucharse por conservar su salud mental.

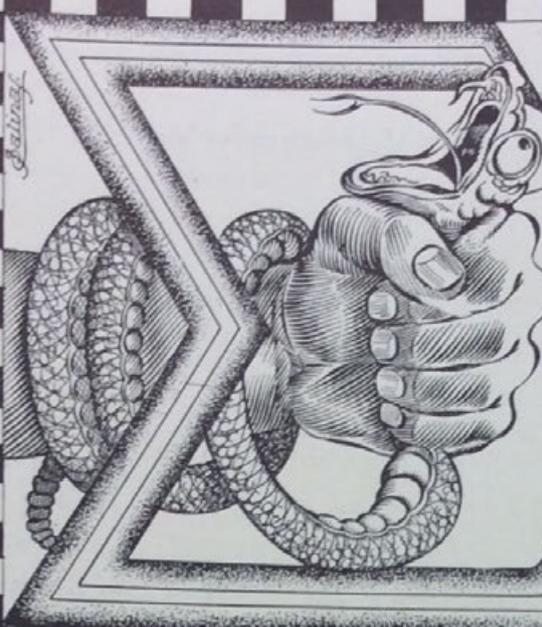
Aportación al Primer Congreso Nacional de Higiene y Medicina del Trabajo.—México, febrero de 1937.

EL MEJOR PREPARADO A BASE DE BISMUTO

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



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



Sigma
 PRODUCTO
Sanyn

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

COMODO, ECONOMICO,
 TOLERABLE Y EFICAZ.

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

MUESTRAS Y LITERATURA A
 DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS

Usese exclusivamente
 por prescripción y bajo la
 vigilancia médica.

**MERCUROCROMO - OXIFLUORESCEINA
 SODICA SALUBLE**

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN

AV. CHAPULTEPEC, 297

MEXICO, D. F.

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
 AV. CHAPULTEPEC 297.

MEXICO, D. F.

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

La Neurosis Post-Traumática en los T. C. E.

Por el Dr. MIGUEL
LAVALLE

Teniendo en consideración la clasificación que Dandy hace acerca de las secuelas de los traumatismos del cráneo, citaremos en primer lugar la neurosis postraumática, por ser la más común y en orden de importancia, las siguientes. Fracturas antiguas con hundimiento, cuerpos extraños alojados en el cerebro, epilepsia, hematoma subdural (erróneamente denominado paquimeningitis hemorrágica); el hidroma subdural crónico y la meningitis serosa; paquimeningitis serosa con hidrocefalo; el neumatocele craneal o aerocele; el neumocéfalo o neumatocele intracraneal y los aneurismas arterio venosos carotideos cavernosos (exoftalmos pulsátil).

Por ser tan amplio el tema haré consideraciones acerca de la secuela que por su frecuencia reviste mayor importancia que si bien no tiene como tratamiento una terapéutica agresiva, sí es conveniente que conozcamos cuándo no debemos intervenir y puntualizar las indicaciones que desde el punto de vista quirúrgico tienen las diversas secuelas de los traumatismos cráneo-encefálicos.

La neurosis es una enfermedad del sistema nervioso caracterizada esencialmente por trastornos funcionales del mismo, desórdenes que no dependen nunca de lesión anatómica ostensible o manifiesta, (Dorland). Para Nurst la neurosis es un desorden funcional que depende de la acción o de la reacción anormales del sistema nervioso, entendiéndose por desorden funcional, todo lo que no depende de ninguna lesión orgánica aunque lo origine una toxemia o una acción hormonal anormal.

Por lo que respecta a la neurosis postraumática, se considera así

aquella que se manifiesta con síntomas histéricos y es causada por un accidente o traumatismo; podemos definirla también como desórdenes nerviosos funcionales de traumatismos físicos.

La neurosis postraumática es la más común y persistente de las secuelas, con frecuencia pasa inadvertida porque prestamos mayor interés a las lesiones anatómicas que por su objetividad se revelan, pasando por alto los trastornos funcionales.

En el antiguo traumatizado del cráneo, el dolor se localiza y es de mayor intensidad en el sitio de traumatismo, con irradiaciones en todas direcciones y sin relación con los trayectos anatómicos de los nervios craneales. Los enfermos acusan sensaciones extrañas, como las de atornillamiento en el interior de la cavidad craneal, sensación de estallido y de compresión.

El estado mental del paciente es característico, invariablemente señala la antigua lesión como causa de sus trastornos actuales. Esta idea se transforma en verdadera obsesión.

Analizando el enfermo sus síntomas, encuentra más y más motivos que intensifican su dolor y desechados cuando algunos se detienen en su marcha. Rehusan tratar a las personas, son insociables y permanecen aislados en estado de introspección constante, agravando en estas condiciones y deformando constantemente sus síntomas, esta introspección es electiva al dolor; se establece un círculo vicioso que absorbe toda su atención. Duerme mal, sueña demasiado y frecuentemente tiene pesadillas en las que surge repetidas veces el viejo accidente. Estas se hacen frecuentemente, despertándose el enfermo con un lamento o quejido. Con el tiempo su afectividad sufre grandes trastornos, llora sin causa justificada y no se encuentra capacitado para desempeñar trabajos aun ligeros, la confianza en sí mismo desaparece de manera absoluta. Su aspecto, que en ocasiones revela buena condición física, oculta su exagerada falta de habilidad, existe un contraste entre su aspecto y su capacidad. Las manifestaciones de la neurosis debido a una lesión del cráneo son más o menos iguales a las que aparecen consecutivamente a un trauma en cualquiera otra parte del cuerpo. No existe relación entre la seriedad del traumatismo y la intensidad sintomática de la neurosis, aunque las manifestaciones son sin duda agravadas por el complejo de inferioridad que el enfermo ha sembrado en su espíritu, plano mental que en muchos casos es una adquisición hereditaria y se manifiesta con toda su floreciente sintomatología debido al latigazo que provoca el traumatismo. Algunos enfermos con predisposición determinada por su estado neuropático y que han sido con anterioridad víctimas de depresión nerviosa provocada por

causas de orden físico o mental, reaccionan de modo intenso al sumarse la conmoción determinada por el trauma.

En los casos típicos la historia es inconfundible, pero, no obstante, el diagnóstico es difícil, ya que en ocasiones muchas lesiones orgánicas están disfrazadas por una neurosis y es común pasarlas por alto. De la misma manera muchas lesiones orgánicas dan sintomatología que fácilmente pueden ser confundida con la neurosis. Incluidos en tales errores de diagnóstico, se encuentra el hematoma subdural, el hidroma subdural, la fractura de la bóveda con hundimiento y la presencia de cuerpos extraños en el cerebro.

El tratamiento de la neurosis de este tipo postraumático es igual al tratamiento de cualquier otra neurosis.

Restaurar la confianza y desterrar el temor, labor lenta y difícil, lo cual es más factible llevar a cabo al principio del padecimiento; cuando ya está muy avanzado el mal, es casi imposible obtener la más leve mejoría.

El peor de los tratamientos consiste en la administración de morfina al enfermo o llevar a cabo intervenciones quirúrgicas de cualquier índole que éstas sean. Hay que tener en cuenta también que estas personas están predispuestas a adquirir el hábito de las drogas. Cualquier intento operatorio invariablemente intensifica las molestias y rebaja la confianza del enfermo.

BIBLIOGRAFIA

- Lewis Dean. *Practice of Surgery*.—1937.
S. Ramírez.—*Patología Nerviosa*.—1933.
J. y F. Klemperer.—*Tratado completo de Clínica Moderna*. 1936.
W. A. Newman Dorland. *The American Illustrated Medical Dictionary*.—1936.
Malcolm Morris.—*Diccionario de Medicina Práctica*. 1930.

REVISTA CLINICA

Observaciones recogidas en el Sanatorio del Dr. Samuel Ramírez Moreno

Por el Dr. CARLOS PAVON A.

LA FIEBRE TIFOIDEA Y SUS RELACIONES CON PADECIMIENTOS DEL SISTEMA NERVIOSO

Se considera, desde hace tiempo, que en el cuadro clínico de la tifoidea, entran a formar parte de él, de un modo sistemático, algunos síntomas nerviosos y tan frecuente es ello que dan al período inicial de dicho padecimiento, cierto valor diagnóstico; el insomnio, la cefalea intensa, los vértigos, son componentes habituales del complejo sintomático diotentérico.

Aún más, son perfectamente conocidas las alteraciones neurológicas que se presentan a guisa de complicaciones o bien dominando la sintomatología de tal modo, que etiquetan algunas formas clínicas de la tifoidea.

Así es posible encontrar, desde el simple "meningismo" hasta las formas graves cerebro-espinales, patrimonio estas últimas, casi exclusivo de las diotenterias infantiles y en el capítulo de las complicaciones se señalarán principalmente trastornos paralíticos en forma de monoplegias y en este sentido se conoce bien la predilección que existe por el ataque sobre el nervio cubital; menos frecuentemente se habían citado las paraplegias y hasta hace 5 años, las hemiplegias se consideraban como una complicación bastante rara; Bler en 1919 relató por primera vez una hemiplegia tifoídica y desde entonces la atribuyó a una embolia cerebral.

En los últimos años las observaciones sobre el papel etio-patogénico de la fiebre tifoidea en las neuropatías, se han multiplicado; Combey ha descrito ya varios casos de encéfalo-mielitis con sintomatología polimorfa; Loeper y Lemaire en una monografía reciente, relatan numerosos casos de encéfalo-mielitis, encefalitis paraplégicas y meningo-encefalitis de origen diotentérico, que sobrevienen principalmente en los niños.

En 1935 Nanaut comunicó un caso de encefalitis de forma hipertó-

SIFILIS

HEREDO SIFILIS

TRATAMIENTO DE ASALTO
Y DE CONSOLIDACION

PALUDISMO

ARSAMINOL

Inyecciones intramusculares y subcutáneas indoloras

- Débil toxicidad
- Tolerancia perfecta
- Eliminación por la orina en 48 horas o menos

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

DOS FORMAS

ADULTOS 1 ampolleta 3 c.c. - 0 gr 15 As
 1 " 5 c.c. - 0 " 25 As
 NIÑOS 1 " 1,1/2 c.c. - 0 " 0375 As



LABORATOIRES CLIN COMAR & C^{ie}., Paris
 AGENCIA GENERAL: COMAR & C^{ia}., Apdo., 1977 - MEXICO, D. F.

nica con secuelas parkinsonianas que se presentó en un adulto de 45 años en el curso de una fiebre tifoidal y actualmente. De Gowers y Vericourt tienen en sentido amplio casos de síndrome parkinsoniano agudo típicos sobre venidos en fiebres tifoidales y que no dudan atribuir a esta última.

Como se ve, el papel etiológico de la tifoidea en neurología adquiere nuevas proporciones y la multiplicidad de aspectos en este terreno, se evidencia más a medida que se abundan las investigaciones.

Las nuevas adquisiciones sobre la patogenia de estos síndromes neurológicos son realmente interesantes, y una revisión de aquellas, permite agruparlas como sigue:

a).—Es evidente que algunos de los trastornos (hemiplegias principalmente) son originados por alteraciones circulatorias cerebrales: aneurismas, embolias y hemorragias. A este respecto los más recientes estudios sobre la patología de la circulación cerebral, permiten afirmar que salvo raras excepciones, la llamada hemorragia con ruptura del vaso, no ocurre y explica de este modo la fisiopatología circulatoria: a consecuencia de una caída brusca de la tensión arterial (debida a hemorragia o diarrea profusa, a deshidratación intensa) se provoca una dilatación puntiforme en alguna porción de las arterias cerebrales, determinándose infiltración edematosa del territorio correspondiente del encéfalo; secundariamente se producen alteraciones parietales y consecuentemente crizodiposidad, lo que constituiría la hemorragia.

b).—En otras ocasiones, como una verdadera infección, se supone, del sistema nervioso central, de sus cubiertas o de los nervios (meningo-encefalitis, encefalo-mielitis, neuritis), pero el origen mismo de ella aún no se dilucida; ya mayoría de los investigadores se rebela contra la idea de una infección tifoidea, para el germen de la tifoidea no ha sido hallado nunca en el sistema nervioso de los sujetos fallecidos por alguna complicación nerviosa de la tifoidea; otros piensan que se trata de un virus neurotrófico "de salida" o bien de una infección secundaria por microbios vírgenes (streptococos, meningococos, etc.) y en tal caso la septicemia tifoidea tendría un papel accesorio en estos trastornos.

c).—Los autores alemanos principalmente, sostienen que en realidad el ataque al sistema nervioso se debe, no a microbios, sino a toxinas procedentes de la bacteria tifoidea; dichas toxinas pueden originar desde una simple meningitis encefalo-meningea, hasta evoluciones encefalíticas víricas.

El problema es difícil y dura mucho de resolverse, cosa que se explica puesto que es un capítulo de la patología nerviosa relativamente reciente y sobre el cual se necesitan nuevos datos.

Nuestras observaciones sobre casos de síndromes neurológicos de evidente etiología dotientérica llegan escasamente a diez; los aspectos clínicos más interesantes de ellas pueden resumirse como sigue:

La mayor parte se refieren a niños entre 3 y 12 años de edad.

Casi siempre los trastornos sobrevienen en el curso de tifoideas larvadas de recaídas frecuentes y repetidas y en las que algunas veces el origen ebertiano se ha desconocido por algún tiempo.

Dominan, como fase inicial de los trastornos neurológicos, las manifestaciones convulsivas.

Hemos escogido, como ejemplificación, tres historias clínicas cuyo relato se hace a continuación:

Niño G. P. P. de 3 años 6 meses, ingresó al sanatorio en diciembre pasado, a solicitud del Dr. Alfonso G. Alarcón

En sus antecedentes heredo-familiares sólo merece anotarse que su padre fué infectado de lúes en su juventud, pero dicho padecimiento fué tratado con toda oportunidad

Los antecedentes personales del enfermito ofrecen poco interés; su desarrollo psico-orgánico ha sido correcto y únicamente se nos proporcionan datos de un traumatismo craneano a la edad de un año, pero que no tuvo ninguna consecuencia.

En el mes de agosto de 1935, en el curso de un cuadro febril que se calificó como "fiebre intestinal", se presentaron convulsiones tónico-clónicas en forma de crisis repetidas y pasajeras y que fueron atribuidas a "menigismo"; estas crisis persistieron durante algunos días con toda intensidad; fueron atenuándose cuando el estado infeccioso intestinal cesó y acabaron por desaparecer completamente dos meses después de aquel; cuatro meses más tarde, sin que se apreciara ninguna reliquia neurológica o mental nuevamente se presentaron crisis convulsivas de la misma fisonomía clínica de las anteriores. Desde esta fecha la evolución que siguieron las crisis fueron bien marcadas; coincidiendo siempre con trastornos intestinales febriles que periódicamente se observaban, aquellas volvían a presentarse, duraban varios días y cedían casi simultáneamente a su padecimiento digestivo que era atribuido algunas veces a modificaciones en su alimentación. Durante los períodos intercalares, el niño se encontraba clínicamente sano.

En estas condiciones, en el mes de agosto de 1936, bruscamente sufre una recaída su padecimiento, intestinal, hay hipertermia de 39.5, anorexia, diarrea alternando con constipación, adinamia, etc., y en el curso de ésto, nuevamente se manifiestan las crisis convulsivas intensas, repetidas hasta llegar a constituir un verdadero "estado de mal"; la terapéutica anti-convulsionante empleada a larga mano, no modificó en nada este

estado y una noche como fenómenos post-críticos, hacen aparición trastornos neurológicos evidentes y graves: cuadriparesia flácida, muy acentuada en los miembros inferiores, haciendo imposible la marcha y la estación de pié; afasia de expresión completa (anartria); y alteraciones en el lenguaje interno; en la esfera psíquica existe ligero estado confusional. Persisten sin modificación todos los síntomas señalados y fué entonces cuando se recurrió al internamiento.

Su estudio proporcionó numerosos datos de aspecto polimorfo.

Existe diparesia facial de tipo central, más acentuada del lado derecho; el facial superior y los restantes pares craneanos parecen respetados.

En los miembros superiores se comprueban alteraciones paréticas de tipo flácido, dominando en lado derecho; la tonicidad está disminuida preferentemente en el plano flexor de los antebrazos; los movimientos, especialmente los relacionados con la prensión, están fuertemente limitados; muy disminuida la fuerza muscular.

En los miembros inferiores se observa paresia flácida, dominando, asimismo los trastornos del lado derecho; la posición de pié se dificulta; la marcha es casi imposible.

La reflexia presentó el aspecto siguiente: los reflejos maseterino y Marcard exaltados; los tendinosos del miembro superior se encuentran exaltados en lado derecho, normales en el izquierdo; igualmente se observa en el inferior, es decir exagerados solamente en el lado derecho; los reflejos cutáneos, se conservan normales en general, con excepción del palmo-mentoniano que está exagerado del lado izquierdo; existe hiporeflexia faríngea y pereza del reflejo foto-motor.

Ninguna alteración trófica en los miembros paréticos, tan sólo se comprueban modificaciones vaso-motrices: frialdad y cianosis-ligera de las extremidades.

La sensibilidad, difícil de explorar en el enfermito, parece conservada y sólo es posible identificar muy ligera hipoestesia generalizada.

Se confirma la anartria y serias alteraciones en el lenguaje interno.

Igualmente existen alteraciones de tipo cerebeloso: nistagmus provocado, incoordinación; rotación de la cabeza provocada con el ruido, con nistagmus opuesto.

En el estado general se evidencian: estado infeccioso, fiebre alta; curva térmica continua, de forma irregular; hígado crecido; colon ascendente doloroso; taquicardia, pulso débil, pequeño, 110 por minuto.

El examen del líquido cefalorraquídeo proporcionó datos negativos de mucho interés; no existe ninguna alteración meníngea; la albúmina, los leucocitos, los linfocitos arrojan cifras normales; ninguna reacción luética es positiva.

El estudio enfalográfico tampoco suministra datos orientadores: no hay bloqueo, el sistema ventricular es sensiblemente normal, etc.

El examen de las materias fecales indica que no existen parásitos ni huevecillos. Con los datos anotados se hace la consideración diagnóstica de un proceso encefálico agudo, difuso, pero predominando en la región izquierda; la etiología permanecía desconocida, no obstante que fundamentalmente se sospechaba como de origen intestinal.

Algunos días más tarde el padre del enfermo, proporcionó un dato orientador de enorme importancia: dos semanas antes de que comenzara el padecimiento del niño había regresado él de un viaje convalesciente de una fiebre tifoidea que duró dos meses y no se habían tomado medidas de profilaxis; enseguida se ordenaron el hemocultivo y la reacción de Widal, *identificándose bacilos del grupo típico y el Widal francamente positivo.*

El tratamiento etiológico adecuado a que se sometió el enfermito, dió pronto resultados halagadores y en el curso de dos semanas la regresión de los síntomas fué notable: desaparición de las crisis convulsivas; atenuación de los trastornos paralíticos; recuperación del habla, etc., el enfermito salió de alta en franca mejoría.

Niño R. B. de 8 años, escolar, originario de Cuautla, Mor., fué enviado en el mes de febrero por el Dr. Conrado Zuckermann para su estudio y tratamiento.

Abuelo paterno padeció ataques epilépticos; abuelo materno alcohólico; existen datos de sífilis adquirida en los padres.

Parto normal; dentición prematura; padeció a los 8 meses enterocolitis que cedió al tratamiento; geófago tenaz; a los 4 años bajo tratamiento médico, expulsó gran cantidad de ascarídes.

Fué precoz, inteligente, rápido en aprender; de carácter emotivo.

Hace año y medio padeció fiebre tifoidea comprobada por el laboratorio; fué sometido al tratamiento habitual y al declinar el padecimiento, presentó bruscamente, ataques epilépticos evidentes (grito inicial, pérdida del conocimiento convulsiones tónico-clónicas, estado crepuscular post-crítico, etc.); de intensidad y duración variables las crisis se fueron alejando sin desaparecer completamente; se presentaban cada dos o tres meses; en septiembre de 1936 sufre una recaída de la tifoidea y se intensifican los ataques epilépticos; después de uno de ellos, queda hemiplegia derecha flácida y anartria completa; desde entonces, las crisis convulsivas adquieren el tipo jacksoniano, comienzan por la mano paralizada, invaden el miembro inferior y la cara correspondiente y luego se generalizan; la tifoidea fué curada nuevamente pero los trastornos neurológicos han persistido.

Hemos tenido oportunidad de observar varias crisis convulsivas del enfermito y corresponden al tipo jacksoniano típico de comienzo braquial, con aura motora en el pulgar de la mano paralizada.

La exploración neurológica indica una hemiplegia derecha total, de tipo espástico; paresia facial; paresia espástica de ambos miembros derechos, con hipertonia, exageración de los reflejos, clonus de la rótula, signo de Babinsky; numrosas sincinecias; marcha hemipléjica; afasia motora incompleta: intoxicación de las palabras; stock de lenguaje reducido a tres o cuatro palabras: mímica suplente; lenguaje de comprensión correcto; escritura posible, pero muy dificultada por la paresia. Sensibilidad completamente normal.

El examen del líquido céfalo-raquídeo indica ausencia completa de alteraciones: albúmina y leucocitos normales; globulinas normales; las reacciones de Wassermann y complementarias negativas.

El examen encefalográfico indica en resumen: ligera hipertensión subaracnoidea; bloqueo parcial y falta de penetración completa del aire al sistema ventricular; la interpretación radiográfica expone un proceso inflamatorio crónico probablemente de naturaleza meníngea.

Los datos clínicos permiten afirmar un síndrome vasculo-topográfico cerebral por obstrucción de la arteria, prerolándica, cuya etiología dioténtica es la más evidente.

V. V. G., de 48 años de edad, empleado, natural de Pachuca, estudiado también en febrero de 1937; remitido por el Dr. Torres Cravio.

Ningún antecedente familiar digno de anotarse.

Su pasado personal ofrece los datos siguientes: alcohólico moderado desde joven; fumador; costumbres un poco desordenadas; se presume que adquirió la sífilis en su juventud, pero ningún informe concreto se puede adquirir a este respecto; como dato negativo de interés el hecho de que nunca se quejó de trastornos vasculo-hipertensivos.

Hace un año y medio que fué atacado de fiebre tifoidea grave: hipertermia, diarrea profusa, adinamia y ataque serio al estado general; durante el curso de la misma presentó un ictus ligero seguido de hemiparesia total derecha y afasia; los trastornos paréticos regresaron poco a poco bajo la influencia de un tratamiento intenso y prolongado del padecimiento intestinal, pero los del lenguaje han persistido hasta la actualidad.

Se recogieron por exploración, los datos que enseguida se indican:

Ligera paresia facial que se descubre únicamente por inspección dinámica; en los miembros del lado derecho existe muy discreta disminución de la fuerza muscular, con conservación normal del tono y reflexia tendino-perióstica un poco exagerada; no se observan alteraciones pupi-

ARSENOTERAPIA DE LA PARÁLISIS GENERAL

Stovarsol Sódico

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



TRATAMIENTO EFICAZ

en un porcentaje elevado de casos,
incluso avanzados



**Inyecciones sub-cutáneas ó
intramusculares indoloras**



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



Ampollas dosificadas á 0 gr. 50, 1 gr.

N° 6126 D S P

Société Parisienne d'Expansion Chimique
SPECIA

Marques "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHONE"

21, Rue Jean-Goujon — PARIS (8°)

lares ni modificaciones de los reflejos en este sector. Sensibilidad normal, Marcha normal; ningún dato de la serie cerebelosa.

Las alteraciones evidentes corresponden al lenguaje, comprobándose la existencia del síndrome de Wernicke:

Enfermo locuaz, se nota hiperfrenia y deseos de expresarse continuamente.

Parafasia marcada, sin llegar a la jergonafasia; hay substitución de palabras: (*parafasia literal*) dice "tara" en vez de "hija", "loa" en vez de "boca" y deformación de las palabras (*parafasia verbal*) "tordo" en vez de "doctor".

La repetición en alta voz de las palabras que se le dicen es difícil y salvo algunas que los repite correctamente en las demás hay *parafasia verbal*.

No entiende las órdenes que se le dan y presenta el fenómeno de la *intoxicación por las palabras*, así por ejemplo, entendió cuando se le ordenó que cerrara los ojos y después a todas las órdenes diferentes que se le daban cerraba los ojos.

No puede señalar correctamente el nombre de los objetos que se le señalan: le llama "puli" a la pluma; "cigato" al cigarro; "mose" a la mesa; etc.

La lectura es prácticamente imposible, reconoce las letras aisladamente, pero presenta *alexia silábica*, pues no puede agruparlas; algunos grafismos familiares como su nombre, la abreviación "C. O. D." (es empleado de express), las reconoce. Cuando lee en alta voz se presenta *paralexia* unida a la parafasia; la comprensión de lo que lee está muy alterada; se le escribió que nos diera la mano y se llevó la mano a la nariz.

La escritura al dictado es imposible, hay *paragrafia* evidente; escribe perfectamente todas las letras que se dictan aisladamente.

La copia de letras o palabras es posible, pero cuando se le da a copiar un párrafo, se presenta *paragrafia*.

Todas las exploraciones señaladas permiten afirmar sin duda un *síndrome mnésico-asociativo de Wernicke con predominio sensorial*, que agregado a la *hemiparesia ligera* que la actualidad ha desaparecido casi por completo, corresponde perfectamente a un síndrome vascular del cerebro, que topográficamente es clasificado por el profesor Ch. Foix como de *resblandecimiento silviano posterior superficial* y debido a la obstrucción de las colaterales posteriores de la arteria silviana (arterias parietal y temporal posteriores, arteria del pliegue curvo).

Para dejar sentada definitivamente la etiología de este síndrome en el caso particular de nuestro enfermo, señalaremos como datos negativos de interés:

1o. Que no existen signos de esclerosis vascular; la tensión arterial fué de Máx. 120; Mín. 85 Pulsaciones, 84 por minuto.

2o.—El examen del líquido céfalo-raquídeo datos completamente negativos, tanto por lo que respecta a la existencia de reacción meníngea, como los que se refieren a neuro-lúes.

3o.—Las reacciones de Wassermann y complementarias en el suero sanguíneo, resultaron igualmente, negativas.

**Tratamiento Arseni-
cal Intenso con Do-
sificaciones para
Mujeres y Niños**

Reg. No. 3145 D. S. P.

Representantes:

FARMAMEX

**PRODUCTOS FAR-
MACEUTICOS, S. A.**

Isabel la Católica 15

Apdo. 1257



FORMULA:

Cianuro de Mercurio
Semi-Hexametileno - Amina

Reg. No. 15649 D. S. P.

CAJA DE 20 AMPOLLETAS

Via ENDOVENOSA
Via INTRAMUSCULAR

TODAS LAS INDICACIONES
DEL CIANURO DE
MERCURIO.

PROPIEDAD

Mas activo y menos tóxico que el
cianuro de mercurio corriente, el
VERYL NO PROVOCA NUNCA
LA INTOLERANCIA NI LA IN-
TOXICACION MERCURIAL.

LA INYECCION NO PROVOCA
NI ESCARA
NI NUDOSIDAD.

Usese exclusivamente por prescrip-
ción y bajo la vigilancia médica.

LAB. G. BEYTOUT.

12 Bd., Saint Martin
Paris.

Representante

MAX ABBAT

Lucerna 47. — México, D. F.



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.

NOTAS SINTÉTICAS

Por el Doctor JUAN
PEON DEL VALLE
Y VARONA

EL CULTO DE LA CURABILIDAD EN PSIQUIATRÍA

Ha tenido influencia en psiquiatría, en las diversas épocas, el mayor o menor optimismo que los médicos han demostrado hacia las mayores o menores posibilidades de curación de los padecimientos mentales. Entre el vulgo "locura" casi es significativo de "incurabilidad". Hoy sabemos que en neuropsiquiatría, hay en proporciones semejantes a otros padecimientos internos, casos de curabilidad, casos de posible mejoría y casos inmodificables en su evolución; casos tratables, pues, y casos intratables, aunque, verdaderamente, estos últimos para mí no existen ya que solamente en el breve período de la agonía puede encontrarse el médico en el derecho de decir que ya nada puede favorecer al enfermo de cuanto él le haga. ¡Son tantas las armas con que cuenta el especialista! En otras ramas, como la cardiología, y concretando algunos padecimientos de diverso asiento, como la rabia, ciertas formas de lepra, cáncer y tuberculosis, la endocarditis lenta maligna, la cirrosis atrófica del hígado, algunas nefropatías, el vulgo y hasta los médicos miran como la cosa más natural la prolongación de la enfermedad y lo irremediable; no sé por qué en lo que se refiere a la patología del sistema nervioso está tan exagerado el concepto de incurabilidad.

De todos modos, no deja de ser curiosa la influencia que ha tenido la exageración del concepto de curabilidad. Albert Deutsch, en "Amer. J. Psychiatry", 92, 1936, publicó un trabajo titulado *The cult of curability. A page from psychiatric history*, capítulo de un libro inédito aún y que ya mencionan Horst Geyer en el núm. 83 de diciembre pasado del "Zentralbl. f. d. ges. N. Ps." y Alberto Vedrani en el núm. 6, año X, junio 1937, de la "Gazzeta Sanitaria" de Milán. A principios del siglo pasado todavía en América el concepto de incurabilidad prevalecía, pero a partir de 1930 se vinieron las avalanchas de la estadística norteamericana con sus aplastantes cifras de clínicas en donde 91% de los enfermos men-

tales sanaban. En 1850 el fenómeno inverso, con el libro de Earle y sus crudas verdades. Esto era lógico después de los desatinos de quien en 1843 llegó a afirmar que el 100 por ciento de curaciones tenían lugar en su sanatorio. Se necesitó la presencia de Kreaepelin, por fin, para que la sensatez principiara a abrirse paso. Pinel también había dicho que era funesto conceptuar a los enfermos mentales como incurables, pero nunca previó que llegara a decirse que todos sanaban. Parece mentira que esto ocurra en alguna rama de la ciencia; se expresan ideas dignas de las junteras de la antigua Grecia. Esperemos que ahora que la psiquiatría ha abandonado el terreno de la contemplación para abordar el que llama Vedrani "de la acción agresiva", se generalice el concepto justo y sensato y lleguen nuevos frutos a beneficiar a los enfermos mentales.

APUNTES DE UN MEDICO

Con aquel nombre y bajo el subtítulo de "Ensayos y Semblanzas" se lee con deleite el ameno e interesante libro del escritor boliviano Jaime Mendoza (edición de la Escuela Tipográfica Salesiana, Sucre, Bolivia, 1936).

En la primera parte se encuentran importantes apreciaciones acerca del altiplano desde el punto de vista médico, y si hubiera espacio aquí se harían comentarios comparativos entre los estudios hechos por nuestros investigadores (especialmente los fisiólogos) por lo que respecta a la altiplanicie mexicana. Si el acercamiento, escaso, pero verdadero, que existe y se acrecienta entre México y Perú, México y Colombia, México y Chile, por ejemplo, lo hubiera entre México y Bolivia, los frutos serían grandes; ambos países tienen al indio y al altiplano exigiendo mayor laboriosidad en su favor por parte de los hombres de ciencia.

En la segunda parte hay capítulos interesantes, como el titulado "Una indicación en favor de los niños de las clases obreras", y en toda ella se filtra la sabiduría del autor, destila su corazón generoso flúidos de gratitud para sus maestros y para las instituciones bolivianas.

Pero sobre todo son amenas las páginas dedicadas a lo que él llama sus "encuentros" con la Psiquiatría. Es cierto que Bolivia, en el campo de la Neurología y de la Psiquiatría, ha marchado débilmente y se ha retrasado, pero no es cierto que el Dr. Jaime Mendoza haya tenido simples "encuentros" o "aventuras" con la Psiquiatría, sino que, a pesar de su modestia, se adivina que junto con el Dr. Nicolás Ortiz, son las columnas de la bella especialidad en aquel país. Relata así el Dr. Mendoza su "última hazaña en este campo":

"Hallándose ausente el catedrático de psiquiatría, el Decano de la

Facultad de Medicina, Dr. Gerardo Pareja, pidióme dictar en ella algunas clases en esa asignatura. ¿Porqué no? —le contesté. Y, de seguida, he hecho un cursillo de apenas tres meses, volviendo así a las *andadas*: yendo a la Facultad de Medicina a hacer *clases*, y a los manicomios, a hacer las clínicas.

Y con motivo de estas últimas, me ha ocurrido encontrarme igualmente con otro antiguo conocido —Esteban Aparicio— el *idiota melancólico*. Y aquí un salto atrás. En una mañana del invierno de 1923, al hacer mi visita diaria al Manicomio Pacheco, lleguéme al hombre. Estaba acurrucado en un rincón oscuro y glacial, en actitud hierática. En su redor, los gruesos muros enjalbegados, de un tinte lustroso ahumado, se mostraban como paralizados de frío. El enfermo, sin embargo, no parecía sentirlo. Probé entenderme con él:

—Cómo te va, Aparicio?

—Bien.

—No tienes frío?

—Me *helo* (Quería decir "me hielo").

—Levántate, hombre, y vé a calentarte. El sol está riquísimo.

Se incorporó, dócil, y se fué al sol, que en el patio brillaba espléndidamente.

No era un idiota, ni un melancólico. Era un demente precoz. Durante años se había habituado a aquella postura; pero en adelante fué un hombre útil, que manejaba bien el pico y la pala. Yo lo estereotipé a los trabajos del nuevo manicomio. En 1928 lo volví a ver, y me sirvió de tema para un artículo que entonces publiqué bajo el título humorístico de "El idiota melancólico". Y ahora, en 1936, lo he vuelto a encontrar todavía. Estaba sentado al sol. Tenía el rostro muy pigmentado. De su cabeza rapada brotaban gruesas gotas de sudor. Se veía que su estereotipia habíase cambiado, quizás desde que yo le sugerí ir al sol, hace trece años.

Este caso ya me sirvió para una clínica sobre la esquizofrenia entre mis alumnos de esos tiempos (1923), y me ha vuelto a servir en los actuales para el mismo objeto.

Luego estaban los otros. Han desfilado nuevas figuras, cargadas del mismo fardo viejo. Ya el maníaco, ya el melancólico, ya el confuso mental, ya el idiota, ya el paranoico, ya el epiléptico, ya el paralítico general.... O ya también el sano... Lo que me ha hecho recordar aquella triste inscripción que alguien grabó con afán:

*Ni están todos los que son
ni son todos los que están*

Y asimismo, en el aula, a propósito de cosas viejas, ha vuelto a surgir remozada entre mis alumnos de hoy, aquella fórmula que anduvo en labios de los de ayer —el trípode psíquico— sirviéndonos mejor que otras para hablar del instinto, de la afectividad, de la inteligencia, evitando los arrecifes de la psicología metafísica, y acercándonos a lo que bien podría llamarse la psicología anatómica o la psicología histológica —con perdón de los metafísicos.

Y puesto que al encontrarme con los estudiantes de hoy, he tenido que ser también yo otro estudiante, que ya peina canas, y abrir nuevos libros y enterarme del movimiento psiquiátrico actual, me he encontrado igualmente con cierta sorpresas.

Así, en 1923, arrastrado por cierto prurito localizador, yo había puesto el asiento principal de la afectividad en los ganglios centrales del cerebro, singularmente en el tálamo óptico, con sus derivaciones al ventrículo medio y órganos anejos, como la hipófisis, etc. Hoy veo que el investigador Cannon llega a conclusiones análogas. Y lo mismo otros, como Vogt, Hascover, Kupers. Este último llega hasta a decir que el alma del psiquismo reside en el tálamo óptico, volviendo así un poco al viejo Descartes para quien el alma está en la epífisis (glándula pineal).

Y, de igual suerte, a propósito de las secreciones internas a que yo doy especial significación en el fenómeno emocional, y en general tocante al temperamento y el carácter, veo que las investigaciones de eminentes biólogos y médicos van por el mismo camino. Lo cual, en el fondo, nos hace darnos la mano con los antiguos. No hay sino fijarse en la tesis humoral del formidable Hipócrates (1) Cuando yo, pues, hace luengos años, me atrevía a hacer tales proposiciones sin la debida base experimental, y por simple intuición, advierto hoy que ubicaba con un pie en el pasado y otro en el porvenir.

El porvenir, en este punto, nos hará quizás muy pronto grandiosas revelaciones. Tal lo espero en la esfera del instinto, que figura en el primer piso, o sea la base, de mi esquema escalonado que objetiva el trípode psíquico (piso del inconsciente).

¿Y qué decir de esos otros departamentos anatómicos del cerebro sobre cuyo funcionamiento se halla muda todavía la ciencia de hoy? Ahí está, por ejemplo, ese lóbulo misterioso, la Insula de Reil, envuelta por el palium y adosada a los cuerpos optoestriados —corazón del cerebro, como la llamé antes. Hace poco, hablando de ella el gran histólogo von Economo, decía que nada se sabe de su función. ¿No será que el lóbulo

(1) Cita aquí el autor un bello párrafo de José Ortega y Gasset, que no se reproduce por falta de espacio.

enigmático de la Insula se halla también acoplado al proceso del subconsciente?

Y si subimos de este departamento medio del cerebro al superior, o sea, al que en el mismo esquema he colgado por encima y delante de los anteriores, ¿qué de interrogantes enormes nos presenta? ¿Está, por fin, en él la síntesis suprema del proceso intelectual, la idea clara, en una palabra la conciencia, tal como lo creo y lo creen también otros? "Yo siento que pienso mi frente" —he dicho alguna vez, aun sin traer a cuento argumentos de cepa científicista, y procediendo tan sólo por una convicción subconsciente, o, si se quiere, por una simple intuición. ¿Pero no será este un grave error?

Las investigaciones actuales, especialmente las referentes a la arquitectura cerebral, aún no han dicho su palabra definitiva. Pero el camino se ensancha poco a poco, y existen ya hitos para ir orientándose en medio de este mundo intrincado. Así, uno de ellos —o me lo parece— está en la misma estructura histológica del cerebro, a propósito del fenómeno voluntario consciente. Del área piramidal de Bets, ya conocida desde hace tiempo en el lóbulo frontal, o del isocórtex agranular de nuestros días, parte el haz de fibras que conduce la idea hecha acción. Como que por eso se llama a ese fascículo "el haz de la voluntad". ¿Y no está también allí uno de los hilos conductores para guiarnos en ese campo laberíntico? La voluntad —esa formidable potencia humana—, naciendo en el lóbulo frontal, a manera del manantial que se descuelga desde la alta cumbre para ser después el río, la catarata, el mar, ¿no es ya una demostración de que el clima del proceso psíquico se encuentra en este piso superior del cerebro?"

LA CLASE MEDICA Y LOS NIVELES

Ahora que los médicos son en su mayoría burócratas, me he acordado de esos obreros que cuando llegan a ser jefes de taller olvidan que fueron "legos" y resultan más déspotas que un "burgués" de abolengo; y también del dicho popular de que "no hay peor cuña que la del mismo palo". Efectivamente, en la Beneficencia, en Salubridad y donde quiera que hay médicos jefes y médicos subordinados, se observa que el espíritu de clase anda por los suelos. Yo tengo en dos de las instituciones (una oficial y otra particular) donde presto servicios, médicos bajo mis órdenes y médicos jefes, pero nunca se me ha ocurrido sentirme superior o inferior a ninguno de ellos por la categoría de servicios que cada uno preste. La superioridad sólo puede estar, como dijo el maestro León Mar-



BI-YO-GLICOL

INFANTIL
REG. N.º 15385. D.S.P.

Sanyyn

ADULTOS
REG. N.º 14926 D.S.P.-

INDOLORO.

SIFILIS
EN TODOS SUS PERIODOS
BISMUTO en FORMA
ANIONICA
ELECTRONEGATIVA

Salinaf

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

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



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

tínez, en la mayor sabiduría, y ésta no cambia con el empleo. Bueno sería que lo pensarán algunos jefecillos, y que recordaran lo efímero de los empleos.

Por desgracia, los paranoicos casi siempre son además débiles mentales. Nunca comprenderán la humillación del que exhibe su ruindad y falta de compañerismo. Por fortuna, aunque siempre habrá caciques, su duración cada vez es menor y la tendencia igualitaria los va haciendo menos trascendentes.

PARALELISMOS RUSO-ESPAÑOLES

Brian Chaninov se basa en la mezcla de razas para explicar las atrocidades cometidas durante la revolución soviética, en la actual guerra española y en casi toda la historia de Rusia y de España; quiere ver en el pueblo ruso y en el pueblo español sadismos y masoquismos en el arte, en la ciencia y en todas sus actividades; parece especialmente horrorizado por el espíritu destructor de las hordas desencadenadas y las crueldades inconcebibles con los sacerdotes. Todo esto lo leemos en el pésimo castellano de la "Revista Moderna de Medicina y de Cirugía" que edita en París el Dr. Félix Regnault (junio 1937). Ya olvidó el Sr. Brian que la primera vez que tales desmanes se cometieron, en nombre de la Libertad por cierto, fué en la Francia de la Comuna y de Voltaire; ya olvidó, por lo visto, que toda la Historia de la Humanidad es una exhibición de crueldades, traiciones y felonías, en la cual hacen brillante papel Israel, Grecia, Roma, China, Inglaterra y Francia, por citar algo. No nos escandalicemos por lo que pasa en España y en Rusia; si es sanguinario Stalin, también lo fué Bonaparte, y Han de Islandia, y tantos otros, cada uno a su modo y por razones diversas. Francia, "el cerebro del mundo", ha sido muchas veces un cerebro enfermo.

EL PENSAMIENTO EN EL MUNDO

Al considerar el *pensamiento*, debe distinguirse el *individual* del *colectivo*, puesto que ya se admite el concepto de conciencia colectiva y de inconsciente colectivo con existencia tan real como la de la conciencia y la del subconsciente individual. Y debe distinguirse también el *pensamiento normal* del *pensamiento anormal*.

En el individuo puede encontrarse, no muy amenudo por cierto, el *pensamiento racional* o *discursivo*. Como *pensamiento normal* en el sentido de habitual y de no francamente patológico, se encuentra también

el pensamiento precategorial, llamado (inapropiadamente como con razón asevera Honorio Delgado) *místico* cuando manifiesta acentuado el aspecto de relación universal, y *mágico* cuando domina la parte activa del yo; el pensamiento *simbólico* participa de ambos matices y se adentra en el terreno psicopatológico. El pensamiento *intuitivo* capta inmediatamente una idea original, una relación *gnoséológica* complicada o universal. Ya sabemos que hay dos caminos para llegar al conocimiento, que son el razonamiento y la intuición. En el terreno ya francamente psiquiátrico, encontramos el pensamiento individual patológico, cuyas formas anormales los psicólogos y los psiquiatras no están acordes al clasificar y así encontramos desavenencias en la nomenclatura y hasta en los conceptos. Pero como voy a referirme al pensamiento imperante en el mundo, usaré los términos aceptados por la mayoría de los especialistas contemporáneos.

En la humanidad, estudiando el pensamiento colectivo al través de la historia, se llega a la conclusión de que nunca ha imperado el pensamiento *racional*. En la prehistoria es imposible saber qué pensamiento dominaba, y cabe imaginarse que éste era el *oligofrénico*, pero bien pudiera ser el embrollado y sería mucho honor para el hombre de las cavernas concederle una actitud autista. En la edad antigua dominaba en casi todo el mundo el pensamiento *fantástico*; medítese en la conducta de los pueblos en aquel entonces y se verá que tengo razón. En la edad media, tan calumniada, con sólo un recuerdo imparcial, se verá que predominaba el pensamiento *paranoide* y las ideas sobrevaloradas; lástima que la falta de tiempo y de espacio no permite un análisis ameno y documentado de la conducta de las colectividades y de los individuos guadores de ellas en ese lapso de la historia. En la edad moderna, que pudo albergar un Napoleón —tipo repugnante como pocos— y que pudo dar una revolución francesa, individualmente vemos enseñorearse a los epilépticos y a los fanáticos, a favor de un pensamiento colectivo *delusional* o *delirante*. Dicen que actualmente predomina el *pensamiento esquizofrénico*; y es posible, porque no hay mayor discordancia que pueblos civilizados, pueblos cultos, compuestos de individuos con pensamiento discursivo, guiados al desastre por fanáticos, paranoides y débiles mentales. No cabe duda que están debatiéndose los pueblos, y los que poseen pensamiento racional empiezan a sospechar que el pensamiento esquizofrénico domina al mundo, mientras que los oligofrénicos y paranoides optimistas y pueriles se afanan por creer que al fin dominará el pensamiento racional en el universo, lográndose la interpretación real de los fenómenos universales, biológicos y sociales especialmente. ¿Pensamiento colectivo y racional? Vana quimera. ¿Universal? idea sobrevalorada.

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.

