

# REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL



Propiedad de la  
Academia N. de Medicina  
de México

## SUMARIO:

LAS ALUCINACIONES Y LAS ILUSIONES DE LIGEREZA EN EL COCAINISMO.—*Por el Dr. Enrique O. Aragón.*

AFONIA PSICOGENA.—*Por el Dr. Juan Peón del Valle.*

EL INSOMNIO. — *Por el Dr. Fernando de la Cueva.*

¿LA GASTROCOLOPTOSIS DEBE CONSIDERARSE COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL?—*Por el Dr. Santiago Ramírez.*

UN CASO DE ENCEFALITIS POR INSOLACION, CON CUADRO DE ESQUIZOFRENIA.—*Por el Dr. Y. Lutz.*

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

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

MIOPATIA PRIMITIVA.—*Por Enrique Portillo y Regalado.*

NOVIEMBRE DE 1937

MEXICO, D. F.

VOL. IV

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 22

# 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.

Lipótropo. 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.

Aplíquese solo o en combinación con

## NUCLEOPROTIN

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-sifilis.

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 22. 1o. de NOVIEMBRE 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 Ruíz 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: Drs. William C. Menninger, Ralph M. Fellows, G. S. Waraich, Lco 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.

## Las Alucinaciones y las Ilusiones de Ligereza en el Cocainismo

Por el Doctor  
ENRIQUE O.  
ARAGON

Por una extraña antinomia que presenta frecuentemente la naturaleza, en los seres vivos, éstos pesando, es decir, estando sujetos a la ley de la atracción, ignoran que pesan y cuánto pesan. La gravedad es inconsciente para ellos y si tal sucede con los animales inferiores al hombre, igual acontece con el hombre mismo. Parece ser atributo de la salud, la circunstancia mencionada. En efecto, un sujeto sano, ignora o tiene olvidado que su cuerpo pesa, que su cabeza en virtud de un esfuerzo se mantiene erguida sobre los hombros y que sus miembros inferiores al marchar tienen que vencer determinada resistencia. Pero si por cualquier motivo un miembro está paralizado, éste constituye una pesada carga para el resto del cuerpo. Arrastrarlo es tarea agobiante. Entonces se tiene la ilusión de que pesa más de la cifra que real y efectivamente le corresponde. Para ciertos parapléjicos, la impresión que ellos tienen, es de que se les ha puesto plomo en los pies y para un enfermo con atrofia de los músculos de la región de la nuca, la cabeza bambolea en virtud de su peso, que entonces sí se hace aparente. Otro individuo con elefantiasis de sus piernas, experimenta tirones hacia abajo por la pesantez de ellas; otro más: un hidrópico en estado de anasarca, permanece clavado en su cama y apenas puede moverse, y otro más, mujer en este caso por ejemplo, y con un gran fibroma abdominal, adquiere la noción de lo pesado del neoplasma. Parece, pues, que las enfermedades como señal de alarma, avisan del dato que la salud había relegado al olvido.

En otras circunstancias, el "feeling" de la fatiga física o muscular,

da aviso de la pesadez orgánica en que el sentido muscular y la cinesia toman parte importante. Por último, la acción de los años, provoca en la senectud, un encorvamiento de la columna vertebral, hacia adelante; dicha cifosis ha dado origen a la metáfora de que a cuestras se llevan muchos abrils que así se llamaron cuando se tenían quince; pero que cuando se tienen 80, 90 o más, desaparece el mes simbólico de la primavera de la vida y sólo se habla o de diciembre, o de muchos inviernos.

En la completa salud, el espíritu goza sin tener en cuenta al cuerpo, pero en la enfermedad el cuerpo se venga como si fuera un ancla que con sus puntas o garras obligara a aquel a participar del encadenamiento a la tierra.

El ala es el símbolo del vuelo en el espacio y a través de las regiones siderales. Por eso los antiguos le pusieron alas en los pies a Mercurio, y hubo también caballos alados o Pegasos. Tiempo después fueron colocadas alas en los hombros de los ángeles y serafines para poblar el cielo. Esas alas fueron símbolo del pensamiento para poder también emprender el vuelo.

Algún escritor ha manifestado que la imaginación es el punto de contacto que tiene el hombre con los dioses, porque ella permite crear e inventar todo lo que se quiere. La conquista del aire, como llama Michelet al vuelo, el hombre la ha logrado antes de ser real, por su fantasía y comunmente durante la asociación de ideas y de imágenes acontecida durante el sueño. En efecto, ¡quién no ha soñado en alguna ocasión ir de mundo en mundo, a través del universo, como lo ha expresado en sus escritos Flamarión! ¡Quién no ha soñado unas veces abandonando la cubierta corporal y otras con ella pero sin lastre alguno viajar a través del aire por todos los ambitos de la tierra! En fin... ¡quién no ha soñado en una interpretación metamórfica, ser mariposa o libélula; paloma o cigüeña, que hiende el espacio! Pero ¡quién, por último, no ha soñado escalar fácilmente las altas montañas, salvar los precipicios, o bien emprender viajes en globo o aereoplano? y bien, todas esas impresiones verídicas en el sueño se convierten en falsas al despertar, y si durante la vigilia una persona las tiene, se le tacha de loco porque en la locura aparece.

Durante el sueño, gran parte de esos fenómenos son el resultado de excitaciones llevadas a cabo en la corteza cerebral y también en el cerebelo e istmo del encéfalo donde hay centros coordinadores de movimientos. A últimas fechas se ha señalado otro lugar de estimulación, a saber: los tres canales semi-circulares del oído interno, en que como se sabe se ha localizado el sentido del equilibrio, del vértigo y de la orientación en el espacio.

La Patología ayuda y completa a la Fisiología. Recuerdo, acerca de este particular, a un pobre enfermo a quien atendí ha poco y cuyo único trastorno en el día era una sensación vertiginosa y de mareo que primero le impidió trabajar en sus labores: era ingeniero, y tan luego como subía a algún sitio elevado, en sus construcciones, el vértigo que antes no tenía se presentaba pronto. Después, el vértigo subsistía aun andando en la calle, o estando en su casa en un lugar seguro y con base firme de sustentación.

La sensación vertiginosa aumentaba cuando esta persona estaba de pié sin moverse y con los ojos cerrados o en otros términos el signo de Romberg era positivo. Hay que advertir que los reflejos rotulianos estaban conservados y que no había signo de Argil-Robertson. El enfermo no era un tabético y la deambulacion se hacía perfecta.

Cosa curiosa: este paciente que durante todo el día tenía la sensación vertiginosa, que conservaba aun al acostarse pues el simple cambio de postura la causaba, confesaba que cuando conciliaba el sueño, siempre lo que soñaba eran asuntos en los que el corporal y aligeramiento, por lo tanto, de su persona. Unas veces era alpinista y se veía escalando grandes alturas. Otras, era equilibrista notable, sobre el alambre en el que por sus habilidades cautivaba al público del circo para el que había sido contratado. Otras era Pulgarcillo con sus botas de siete leguas quitadas al ogro y en que a cada paso salvaba valles y montañas, etc., etc.

El sujeto en cuestión sufría de una doble lesión laberíntica y vestibular de sus oídos. Este enfermo era arterio-esclerósico, su presión era de 200 milímetros de mercurio, la máxima, y 180 la mínima. Habiéndosele tratado con éxito por los hipotensores y disminuída la presión intra-laberíntica, curó de sus vértigos a los que alguna vez acompañó estado nauseoso (vértigos ab-aure y ab-stomacoleso y conjunto todo posiblemente pudiendo caer dentro del síndrome de Meniere. Al desaparecer su dolencia y en la vigilia los vértigos, desaparecieron sus sueños de ligereza y no volvió a tener los prodigios provocados por ella.

Ahora bien; el escenario va a cambiar porque las alucinaciones y las ilusiones de ligereza, de que me voy a ocupar, corresponden a individuos toxicómanos y de entre ellos, los que hacen uso de cocaína. En la embriaguez causada por el alcohol y en la intoxicación morfínica, no es común que haya impresión de ligereza del cuerpo; en la primera la marcha se hace difícil y el individuo tambalea, y en la segunda, el amodorramiento acompañando a un estado de laxitud muscular da lugar en el individuo, más a la noción de pesantez que a la de agilidad. En sus paraísos artificiales, los opiómanos principalmente excitan el "feeling" de la volup-

tuosidad. El delirio es a base del complejo sumergido, del "libido" de Freud. Como obra de consulta puede leerse las memorias de un tomador de opio de Thomas de Quincey.

La cocaína no solamente anestesia sino que borra en cierto modo el tono del sentido muscular y de aquí esa impresión engañosa de disminución de la densidad corpórea. La cocaína además provoca la ilusión de eternidad y así un sonido parece prolongarse indefinidamente sin nunca acabar. Un perfume embriagador da lugar a un deleite que se prolonga horas, horas y más horas. Los eterizados tienen también estas ilusiones del tiempo en que la duración se hace interminable. Pero en algunos enfermos de mi clientela particular, he podido notar otro hecho curioso que no he visto señalado hasta ahora en la literatura médica, es a saber: la pérdida de la noción de peso para el enfermo. Como corroboración de este acerto relataré el siguiente caso: El Sr. Dr. Francisco Bulman tuvo la bondad de recomendarme para su atención facultativa a un toxicómano sui-géneris. Se trata de un joven de veintitantos años, que hacía uso de la cocaína en todas sus formas: como rapé en pulverizaciones nasales, en pomada cocaínada que se untaba en diferentes partes del cuerpo, en buches que llevaban la sustancia tóxica, en colirio, en pastillas que ingería y en solución que se inyectaba hipodérmicamente, a altas dosis. Esta persona se proveía de la droga haciéndose pasar por médico. Cuando yo lo visité llevaba tres días de estar encerrado en su pieza a donde nadie entraba y a donde tan sólo permitía le llevaran alimento. La familia se encontraba alarmada. En un momento de anuencia permitió la entrada y entonces me encontré con un individuo pálido, tembloroso, con dificultad del habla, y que se arrojó bien pronto sobre su lecho. La pieza ofrecía un aspecto singular: todas las paredes estaban cubiertas con tapices orientales, dibujos y fotografías de mujeres desnudas. El individuo como sibarita lujurioso tenía dispuestos un par de espejos que algunas veces colocaba paralelamente para ver multiplicarse las siluetas y las formas de aquellas mujeres desnudas. El sensualismo se hallaba en todo su apogeo. Y de un modo concomitante decía: "yo viajo a todos esos lugares y mis viajes son aéreos. Soy como una burbuja de jabón o como una pluma que se mantiene en el aire", y al mismo tiempo señalaba los lugares a donde suponía transportarse por arte de magia, como si poseyera el anillo de Giges.

Este cocainómano al viajar por el espacio recordaba en cierto modo, algo de los cuentos de las "Mil y una noches" y el famoso tapete encantado en que se transportaba a largas distancias el famoso ladrón de Bag-

dad, cuyo asunto fué toma para una película cinematográfica, que aquí en México no hace mucho contemplamos.

Como mientras recogía los datos anteriores penetrara un hermano suyo a la pieza, irritado se levantó y se abalanzó sobre una pistola para matarlo. Por fortuna no hubo ningún accidente trágico en vista de que la pistola estaba descargada. El extraño enfermo, tenía vendada parte de la cabeza, debido a una contusión en el ojo, causada por una caída que había sufrido días anteriores en la calle, no se sabe si por un altercado, o bien, por pretender salvar larga distancia. De paso hay que decir que algunos enagenados han sucumbido por creerse ligeros y poder volar, y al arrojarle desde un balcón en su intento han caído al suelo y se han estrellado.

Como el caso en cuestión era muy delicado, el Dr. Bulman y yo aconsejamos el internamiento de la persona referida en un sanatorio, y cuando se daban los pasos para ello, por distinto conducto el paciente fué llevado a los Estados Unidos para su tratamiento.

En otro caso de cocainismo crónico que he estado atendiendo a últimas fechas, los falsos razonamientos son demasiado curiosos: la persona ha hecho estudios de química y conoce la densidad de todos los gases. Dice que él se encuentra en estado gaseoso, que es Hidrógeno y que constantemente siente cómo la tierra huye bajo sus pies. Con frecuencia cree estar a muchos miles de metros sobre el nivel del suelo y para bajar necesita colocar alimentos principalmente frutas en sus bolsillos para que ésto lo haga descender. De este modo me dice sonriendo: "no me pasará lo que aquel que para marcar una considerable altura de la cual fué precipitado en el abismo, dijo que podía morir de hambre en el camino". Mi enfermo estaba asegurado, nada más que si comía, entonces a medida que lo hacía, por desaparecer los alimentos dentro de su cuerpo, el efecto era contraproducente y como si se volatilizaran. Entonces volían a subir. En algunas ocasiones lo he encontrado irrito porque dice que no se le permite hacer fácilmente ningún descenso, ni a una mina ni como buzo al fondo del mar. Afirma: "Soy como uno de esos muñecos o eludiones que se desembarazan de su peso o éste es menor en virtud de gases o vapores que los levantan y hacen subir". Para este cocainómano a que me refiero, todos los objetos son de una blandura extrema, aun cuando sean duros, y concluye: "mi mayor placer es estar sostenido constantemente por nubes".

Por los dos casos relatados y otros más que podría referir; pero de entre los que escogí a aquellos, por ser los más significativos, se verá que no son raras las alucinaciones y las ilusiones de ligereza que provoca la

cocaína, y que unas veces corresponden a falsas percepciones del espacio, y otras a verdaderas suposiciones tanto del sujeto como de sus atributos, sin que sea posible marcar hasta dónde llegar unas y desde cuándo principian otras. Este aligeramiento corporal se ha señalado en otros padecimientos: en la Histeria, por ejemplo, o entre mujeres neurópatas. Ya el Dr. Pierre Janet en las conferencias que dió en nuestra Universidad, hace años, se refirió al caso de Magdalena, en quien llegó a haber fenómenos sorprendentes de levitación. El Dr. Janet con este motivo publica una obra titulada "De la Angustia al Extasis, en que detalla un delirio religioso desarrollado en una extásica y quien durante sus éxtasis, anda apoyando sólo la punta de los piés, de los que se han guardado sus impresiones digitales.

Señores Académicos: el trabajo que ahora os presento sólo tiene por objeto el prestar una contribución para el estudio del sentido de la orientación el espacio. El pretexto ha sido el envenenamiento por la cocaína que altera dicho dato. Hoy se somete a una examen minucioso psico-fisiológico a todos los conductores de vehículos, tales como choeurs, maquinistas, marinos, etc. Para los aviadores la exploración es indispensable y como sabéis muy bien uno de los procedimientos de exploración es la silla de Barany, con las pruebas sucesivamente de Mach, del Nistagmus, del Índice y de la caída. Cuando se llega a encontrar una lesión en los canales semicirculares el individuo queda desechado porque va a una muerte segura y conduce a ella a todos los que lo acompañan.

Las reflexiones que esta noche os presento conducen a esta nueva consideración: que un piloto en servicio y que acostumbra la cocaína, por alterar su impresión de colocación en el espacio, agrava la situación y debe ser separado y tratado convenientemente hasta lograr su curación, no permitiéndole volver a su oficio sino en el caso de estar completamente sano.

La travesía maravillosa de Lindberg sobre el Atlántico, fué realizada por un hombre joven, sano y sin ninguna tara, ni ayuda de los estimulantes difusibles, de ninguna especie, para mantener sus fuerzas. Hay que convenir en que las grandes conquistas del hombre llegan a efectuarse cuando éste es sobrio o abstinentes. Las virtudes amparan la vida del ser tanto en sí como en cualquiera de los derroteros que emprende. Admirable lección, llena de enseñanzas. A nosotros nos toca propalarlas

Trabajo leído en la Academia Nacional de Medicina.

# Afonía Psicógena

Por el Dector JUAN  
PEON DEL VALLE  
Y VARONA

## RELATO DEL CASO

Al presentarse el enfermo, que es de estatura mediana, delgado y de edad madura, se advierte que es portador de monoplejía braquio-crural derecha. Como llega acompañado de su anciana madre y ésta dice que lo trae a la consulta porque "no puede hablar", podría tenerse la impresión de que se iba a ver un caso vulgar de hemiplejía con afasia.

A medida que se iba haciendo el examen clínico, se fué notando que el padecimiento, sin ser extraordinario, era de otra índole. Se hará aquí solamente un breve resumen de los hechos.

El señor C. E., de 40 años, natural de Saltillo (Coahuila), soltero, mexicano, blanco, católico y de profesión contador, no tiene entre sus familiares enfermos mentales o nerviosos. Es el tercer hijo de un matrimonio en el cual el varón era 18 años mayor que la mujer, pero se trataba de un hombre del campo, robusto, que alcanzó la edad de 84 años al morir.

Después de embarazo materno normal, nació a término y en parto eutócico. Transcurrió la primera infancia sin advertir cosa de importancia, y sólo se apunta, entre los datos nipiológicos finales, un hidrocele que curó fácilmente. La dentición fué normal y la palabra hablada apareció precozmente, llamando la atención que desde muy pequeño empezó a pronunciar con claridad poco común, aunque sin llegar a lo anormal y si se anota el hecho es por la índole del padecimiento que motiva esta descripción. Se marcaba cierta torpeza en la manecita derecha, pero por haber habido ortogenesia y estar ausentes eventualidades traumáticas e infecciosas, pensóse en que el niño era zurdo. En cambio, cuando principió a querer dar los primeros pasos a la edad en que habitualmente esto su-

cede, se advirtió que arrastraba la pierna y en pocos meses fué ya evidente la hemiplejía. No explican si la parálisis era flácida o rígida; por la descripción de la hemiparesia, debe haber sido primero lo uno y después lo otro. Lo cierto es que el niño siguió desarrollándose bien, y al mismo tiempo los miembros del lado derecho adoptaban actitud en flexión, más notable en las extremidades distales que en las raíces, se iban quedando más pequeños y se establecía contractura elástica.

En la segunda infancia se recuerda sarampión sin complicaciones y alguna infección intestinal. El niño aprendía bien, era dócil y apacible. Durante la pubertad, caracteres sexuales secundarias exiguos, y en la edad adulta joven, constitución asténica. Masturbación hasta los 20 años, e inclinación y relaciones heterosexuales desde los 21 (retardo). Tenedor de libros y contador competente, ayudaba eficazmente a su padre en los negocios y después independientemente sus labores han sido eficientes. No contrajo matrimonio por la debilidad de sus ímpetus, por probable impotencia psíquica ocasional y por natural complejo de inferioridad emanado en buena parte de la invalidez parcial hemipléjica.

La marcha fué muy mejorada mediante tenotomía y ortopedia transitoria en el pie derecho, y la escritura era posible con la mano izquierda. Hubo, pues, adaptación psicofísica y la vida transcurrió sin nada de importancia hasta entrada la juventud.

A mediados de 1918, con motivo de un disgusto, se estableció insomnio, que, en forma de agripinia, duró varias noches. Un día, al querer hablar, notó que no podía emitir ningún sonido; tampoco podía articular en silencio, pero conservaba el lenguaje interior, escribía, leía, entendía. Esto duró 13 días, y cesó casi bruscamente, pues sólo tardó algunas horas con dislalia de tipo infantil (balbuceo), recobrando rápidamente la pronunciación correcta. A los siete meses, con motivo de otra contrariedad, nuevo acceso de afonía, que duró 26 días. Las dos veces cree el enfermo que se favoreció la recuperación de la palabra mediante fricciones con pomadas revulsivas que prescribió un médico norteamericano. Al año y medio, nuevo acceso, que duró 6 meses y desapareció espontáneamente. Permaneció 6 años sin novedad, pero al recibir un telegrama con una noticia desagradable, enmudeció súbitamente sin previo insomnio de varias noches esta vez, siendo imposible emitir el menor sonido con la laringe; transcurrieron cinco años y fueron inútiles cuantos tratamientos se le hicieron por médicos nacionales y extranjeros, y aun por personas que suelen obtener éxitos psicoterápicos, charlatanes, homeópatas, quiroprácticos, naturistas, espiritistas, curanderos y cuantas personas pudieron intervenir. Refirió el enfermo que en algunas ocasiones que le aplicaron dia-

termia, durante el calor en el sitio del electrodo, había podido pronunciar quedamente algunas palabras, pero que esto había sido muy fugaz.

La exploración neurológica demostró integridad funcional de todos los órganos de la palabra hablada y aspecto normal de los de la fonación (cuerdas vocales), lengua, velo del paladar, carrillos; el examen físico-funcional de los pares craneanos y del resto del cuerpo indicó normalidad, excepto en lo referente a la antigua monoplégia braquio-crural derecha, pues de este lado se encontraron atrofas, contracturas, inversión del reflejo plantar cutáneo, exaltación de los tendinosos y cuanto es común en estas lesiones de la vía motriz principal.

Se le dijo al enfermo que había una substancia que, inyectada por vía intramuscular, obraba directamente en el centro de la palabra, y, al efecto, se le prescribió extracto de epífisis; y que había otra que, por vía endovenosa, obraba directamente sobre la glotis, y que se fijara en que al introducirse iba a sentir calor en la laringe, prescribiéndosele, al efecto, solución de bromuro de calcio. Se le afirmó que sería colocado en un aparato con el fin de producirle electropirexia, y que en el momento de sentir la hipertermia más elevada, iba a poder hablar como si nunca hubiera estado mudo. Esto le pareció muy posible al enfermo, que recordaba lo acontecido en ocasión de las aplicaciones de diatermia y aceptó que esta vez una calentura generalizada y previa preparación del centro cortical de la palabra hablada y del aparato de la fonación, podría tener buen éxito. Para esta labor de persuasión se tuvo en cuenta la personalidad psicopática del sujeto y su nivel cultural. Huelga consignar que en aras de la psicoterapia se permite sacrificar la verdad.

Aunque el calor producido por las inyecciones de cloruro de bromuro de calcio (y de algunas otras substancias cuando se introducen con cierta rapidez) suele sentirse en diversas partes del cuerpo, este enfermo desde la primera vez declaró que efectivamente en la garganta era donde le estaba obrando. Animado también por su madre, llegó al aparato de inductotermia el 4 de agosto de 1937 en magníficas condiciones mentales, y al alcanzar la temperatura del cuerpo 39 grados Celsius, se le dijo que hablara; al principio hacía señales de que le era imposible, pero ante lo imperativo e insistente de la invitación, emitió algunos sonidos y media hora después fué retirado del aparato hablando claramente. Su pronunciación fué desde el principio correcta, sin huellas de disartria. El tono de la voz era el mismo de antes, según declaración de la madre, lo mismo que el timbre, y sólo la intensidad estaba disminuída. Se le afirmó que cinco años de no usar las cuerdas vocales justificaban el fenómeno, pero que la acción de las inyecciones apresuraría la reintegración. El

proceso siguió su curso, y en el término de 48 horas hablaba exactamente como antes de enfermarse.

La expresión de felicidad que se ve en el rostro del cliente y en el de su madre por el brillante resultado terapéutico, después de cinco años y habiendo perdido las esperanzas, es la nota alegre de este caso. Ambos lloraron emocionados al despedirse de su médico con un abrazo, para regresar a Saltillo.

### COMENTARIO

Se ha continuado la psicoterapia en tal forma, que el Sr. C. E. es ahora un convencido, y en el poco probable evento de otra inhibición, el pronóstico será favorable.

Sabido es que el pronóstico de las psiconeurosis es generalmente favorable, pero hay que hacer algunas salvedades. En efecto, si resulta frecuente lograr la desaparición del cuadro psiconeurótico actual, en cambio



**"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 Feniletilbarbitúrico...	1.00	
Agua destilada .....	c.b.p. 100	

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

la prevención de nuevos brotes y la modificación de una personalidad dependen de muchos factores. La viciosa actitud de reacción ante las exigencias de la vida social no siempre es corregible mediante los métodos sugestivos, psicoanalíticos y psicagógicos. Es más favorable el pronóstico cuanto más joven el enfermo, y más también en el sexo femenino que en el masculino, por razones fáciles de comprender dentro del concepto que hoy se tiene de la génesis y fenomenología de las neurosis y de las psicosis.

Ahora bien; ante una personalidad psicasténica, por ejemplo, fácilmente puede identificarse una psicosis compulsiva, porque quien padece parapatía anancástica tiene por lo general su vida llena de episodios psicóticos o cuando menos psicopáticos. En cambio, una personalidad histérica puede algunas veces permanecer oculta y es difícil de diagnosticar entonces mediante datos obtenidos a-posteriori.

El Sr. C. E. había sido un individuo tímido, apocado por su invalidez, retardado y asténico; nunca reveló manifestaciones explosivas de psiconeurosis. Si hubiera perdido la palabra súbitamente al recibir una mala noticia, desde la primera vez, se hubiera tratado de mutismo emocional. Pero las tres primeras veces la pérdida de la palabra hablada fué precedida de varias noches de agripinia. Además, no era mutismo lo que presentaba, sino afonía. Eliminados los factores orgánicos, en ausencia sobre todo de elementos neuropatológicos, era evidente que se trató siempre de afonía psicógena. El tipo del insomnio que precedió a algunos de los accesos y la ausencia de otros síntomas psíquicos, excluyen la histeria ansiosa, y tampoco puede pensarse en histeria de fijación por razones obvias que el fenómeno ha sido psiconeurótico de tipo histérico lo está demostrando el modo de producirse y de desaparecer.

Dados, pues, los antecedentes del enfermo y relacionando el motivo con la localización, puede calificarse este fenómeno de afonía psicógena por histeria de conversión.

# El Insomnio

Por el Doctor  
FERNANDO  
DE LA CUEVA  
de Guadalajara

El insomnio, síntoma que ha preocupado siempre y constantemente a los médicos por su gran extensión y con frecuencia difícil alivio, ha tomado últimamente nueva importancia científica al aprovechar, aunque sea un poco, del riguroso método experimental, aunque el sueño no ha podido ser aún explicado con absoluta exactitud, quedando todavía ligado fuertemente al terreno especulativo e hipotético.

Naturalmente que para estudiar este síntoma debemos partir del conocimiento del sueño, conocimiento cuya evolución está íntimamente ligada, reflejándola claramente, con la sucesión de ideas filosóficas en el trascurso del tiempo; pues de íntimamente ligado en la antigüedad a la mitología que lo consideraba producido por Hypnos, hermano de Thanatos, pasó con Heráclito a ser una extinción del fuego interno producida por la oscuridad, y así sucesivamente hasta llegar a la interpretación de Claparede y Bergson considerándolo como un instinto que forma parte del mecanismo de defensa y dando una explicación que tiene ya consecuencias terapéuticas al decir: "No es porque estemos intoxicados o agotados por lo que dormimos, sino que dormimos para no estarlo"; este papel de defensa preventivo hace ya excluir del tratamiento del insomnio los medios que produzcan intoxicación o agotamiento.

Las teorías fisiológicas comienzan hace mucho tiempo, cuando Alcmeón de Cos atribuía el sueño a una retracción de la sangre en las venas, es decir, a un fenómeno anémico; opinión que en el siglo pasado se llegó a creer comprobada por Mosso con sus notables experimentos en trepanados, al comprobar que durante el sueño hay disminución de afluencia san-

guínea al encéfalo, fenómeno real pero que constituye solamente una manifestación y no la causa primera.

A raíz de los estudios de Cajal se interpretó el sueño como un fenómeno debido a la retracción de las dendritas con la consiguiente ruptura de los contactos intercalares nerviosos.

Mayor importancia tienen las teorías químicas, con mucho de cierto y provechoso, al hacer intervenir ya sea la autonarcosis carbónica observada en la marmota, o las modificaciones del metabolismo mineral alterando el equilibrio iónico de calcio, potasio y bromo.

Hasta muy recientemente se ha llegado, gracias a los estudios necrópsicos en casos de encefalitis letárgica, a precisar la existencia de un centro regulador del sueño. La concepción actual y fundamental es la siguiente: "El sueño es un fenómeno activo, que depende de un centro regulador subcortical, de donde emana la onda inhibidora que se extiende al cortex, cuya actividad suspende."

Por consiguiente, siendo un fenómeno activo, se le da la razón a la concepción de Claparede de asimilarlo a un instinto de defensa, sobre el que tienen mucha acción la voluntad y la sugestión, aunque a la larga llega la voluntad a ser impotente para combatirlo o provocarlo, cuando hay en este centro anomalías que provoquen insomnio o hipersomnio.

Este centro regulador del sueño, cuya localización se ha hecho por sucesivas experimentaciones que sería largo enumerar, y principalmente, como decía antes, por la necropsia en casos de encefalitis con fenómenos letárgicos e insomnio posterior, se encuentra situado en el mesencéfalo, en la parte ventral del tercer ventrículo, en la substancia gris perisilviana; Lhermite lo describe "región estrechamente limitada que toca hacia atrás el plano ideal que corta transversalmente los núcleos del motor ocular común, y alcanza hacia adelante el plano frontal que franquea el espacio que separa el infundíbulo del quiasma óptico". Experimentalmente, una picadura en esta región provoca el sueño, que solamente se produce haciéndola en ella precisamente; se ha demostrado también que la actividad de este centro es despertada por modificaciones humorales, precisando lo que de verdad tienen las teorías químicas, ya que Demole ha encontrado que una inyección de calcio a este nivel produce, según la dosis, de simple somnolencia a narcosis completa, siendo contraria la acción del potasio; y Zondek ha hallado mayor cantidad de bromo en el tercer ventrículo que en el resto del encéfalo, excepto en la hipófisis que es su probable productor.

De este centro indiscutible parte la excitación, pero ahora es indispensable de nuevo la hipótesis para explicar su propagación. Se ha com-

parado esta excitación a una onda que paulatinamente fuera extendiéndose hasta inhibir totalmente las funciones de la corteza, ya que el desinterés psíquico por el medio externo es condición necesaria para la producción del sueño. Su progresión es lenta, lo que explica esa marcada transición progresiva de la vigilia a la somnolencia, la producción de las imágenes hipnagógicas que poco a poco van perdiendo nitidez, las ensañaciones que tienen los cuadros y recuerdos reales de tintes cada vez más opacos, factores todos que en estado patológico pueden dar origen al mentismo o rumiación mental y a los delirios oníricos.

Se me ocurre la hipótesis de que la vía de propagación sea directamente al tálamo óptico y de allí, por las fibras córtico-talámicas a la corteza, lo que tal vez explicaría los trastornos del sueño en los estados de excitación efectiva o emotiva produciendo un bloqueo de la onda inhibidora que haría posibles esos estados en que, después de una emoción intensa de cualquier naturaleza, aun una emoción artística que nos ha hecho vibrar, sentimos la necesidad imperiosa de dormir sin poder conseguirlo, como si las capas ópticas estuvieran aún excitadas por el estado emotivo y no pudieran transmitir la excitación hipnógena; y podría también explicarse con esta hipótesis la aparición de ideas ligadas por cualquier motivo a una emoción, originando los sueños al ser excitados los centros emotivos; pero como no existe en esas condiciones el control superior cortical, la asociación se hace por cadenas laterales provocándose esas bizarras sugerencias en que el análisis psicológico descubre a veces la verdadera asociación, es decir, la vía que la excitación partida de la afectividad debería haber seguido, y por consiguiente la idea real que había sido suplantada dando origen al ensueño.

Podría ser una prueba de esta hipótesis la frecuencia de los síndromes optoestriados postencefalíticos, demostrando las condiciones íntimas de unión y dependencia entre el centro hipnógeno del tercer ventrículo y las capas ópticas.

Pero dejaré la lucubración aunque me atrae con fuerza, para llegar de una vez a lo que prácticamente nos interesa.

Por deducción lógica tenemos desde luego dos razones evidentes que pueden dar origen al insomnio: Una falta de excitación del centro, o una excitación exagerada de la corteza; y yo añado un bloqueo de la conducción centro-tálamo-córtex.

La primera causa es típica en el período de insomnio de la encefalitis, en la decadencia senil provocado entonces por trastornos vasculares a nivel del centro regulador, y en algunos casos de lesiones específicas o neoplásicas.

La segunda causa, mucho más frecuente, explica los insomnios debidos a un dolor físico, los producidos por una intoxicación que afecta la corteza como la uremia o el alcoholismo; los ocasionados por una exagerada fatiga psíquica, y sobre todo los tan frecuentes de los psicasténicos o de los maníacos con gran excitación psicomotriz. Esta excitabilidad cortical de causa psíquica es el origen de tantos casos en que un insomnio ocasional por un dolor físico cualquiera, se eterniza después indefinidamente aunque desaparezca la causa, al formarse en el paciente la fobia a la falta de sueño; y que como todas las manifestaciones obsesivas ligadas a la psicastenia, puede ser muy influenciada por medios sugestivos que el metódico y largo psicanálisis.

La tercera causa, el bloqueo de conducción, explicaría los insomnios de los choques efectivos, de la neurosis de angustia y las melancolías.

Clínicamente podemos considerar varias formas:

Insomnio total, demasiado raro, ya que siempre el paciente exagera al decir que no pega los ojos en toda la noche, y que solamente se presenta en algunos casos de encefalitis, de neoplasma, y en las manías agudas de gran intensidad.

Insomnio inicial, en que es difícil conciliar el sueño, pero una vez conseguido es normal: Esto es propio de los fatigados, intoxicados, obsesos y psicasténicos.

Insomnio intermedio en que el sueño es entrecortado: Es la forma ordinaria de los sufrimientos físicos.

Insomnio terminal, por despertar precoz, propio de los angustiados y deprimidos, así como de la senilidad.

El insomnio, prolongado, tiene consecuencias fatales: Físicamente la experimentación en animales ha demostrado que pronto sobreviene la muerte precedida de convulsiones generalizadas, notándose a la autopsia lesiones hemorrágicas y cromatolisis de las células del córtex; y es clásico el caso narrado por Winslow de un chino condenado a morir por insomnio, turnándose constantemente los que lo cuidaban para impedir que durmiera, que desde el octavo día pedía a gritos cualquier clase de muerte, habiendo muerto hasta los diez y nueve días en estado de embrutecimiento y destrucción orgánica terribles, después de haber pasado por insospechada excitación psicomotora.

Psíquicamente se nota en los insómnicos irritabilidad, depresiones, y excitaciones, y puede llegar a producirse el mentismo, el delirio onírico, o una neurosis grave de cualquier forma.

Para tratar a un insómnico no hay que considerar solamente el síntoma aislado, sino tomar en cuenta toda la integridad humana que se nos

# BISMUTOTERAPIA DE LA SIFILIS

por via intramuscular

# NEO- CARDYL

SOLUCIÓN OLEOSA  
(de butyllaurato 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

Marques POULENC Freres et USINES DU RHONE  
21 Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8)

presenta, pues debemos influir sobre cada uno de los factores que encontramos.

Físicamente es necesario un examen total para sorprender cualquier disturbio orgánico que origine o sostenga el síntoma, siendo de gran interés darnos cuenta del tono neurovegetativo, casi siempre alterado en estos pacientes tal vez por la proximidad de los centros vegetativos mesencefálicos con el centro hipnógeno. Creo que a esta acción neurovegetativa debe referirse la acción hipnógena atribuída al coito.

Hay que investigar también el funcionamiento endocrino que tiene marcada influencia sobre todas las funciones metabólicas.

Psíquicamente también hay que comprender totalmente al sujeto; su temperamento, su carácter, toda su personalidad y reacciones psicomotoras, para lo cual ya nos sirve de base la importancia que el enfermo da a su síntoma, la manera de narrarlo y todos los matices que el médico habituado puede sorprender sin recurrir a un metódico análisis psíquico. Así vemos que los deprimidos, melancólicos, ansiosos y angustiados presentan su síntoma con tintes de profunda tragedia; el psicasténico con cierta desesperada resignación y temor que puede llegar a la nictofobia; el hipomaniaco, a quien sostiene su euforia, apenas si hace mención de su insomnio, y muchas veces solamente a pregunta especial nos responderá aun con orgullo y satisfacción que no necesita el sueño.

Cada uno de los detalles psicológicos sorprendidos servirá para basar una psicoterapia más o menos intensa o por lo menos intentar pequeños medios, como en un enfermo psicasténico con insomnio inicial, a quien, siguiendo el consejo de Dejerine, prescribí un medicamento inocuo para tomar un rato después de la merienda, ordenándole que luego se acostara "para que el estómago aprovechara bien el tratamiento"; y en estas condiciones comenzó a dormir tranquilamente, pues desapareció la nictofobia al acostarse sin la preocupación de que tendría que dormir pero no podría hacerlo. Medios así, sencillos y apropiados a cada caso particular, podrán emplearse con sagacidad al mismo tiempo que las medidas de higiene general, el baño tibio sedante, la prohibición de excitaciones y fatigas de toda índole inmediatamente antes del sueño; vigilar la comodidad del paciente según sus propias inclinaciones y gustos en la relación con luminosidad (una pálida luz difusa en los angustiados, completa obscuridad en los propensos a falsas percepciones, etc.), postura, cualidades del lecho y todas las características de confort.

La influencia sugestiva del médico cuenta enormemente; y puede suceder que sea más efectivo el tratamiento empírico y sencillo de un práctico ordinario y afable que se capte la confianza y simpatía del enfermo,

que las prescripciones de un gran especialista que no sepa sintonizarse afectivamente con su paciente.

Demasiado cansado resultaría ya este trabajo si estudiaria a fondo y separadamente cada uno de los medicamentos usados para combatir el insomnio. Solamente recordaré que la base farmacológica esencial de los hipnóticos es el coeficiente de separación hidro-lipoidico; es decir, que cuanto mayor sea in vitro la cantidad de substancia que un lipóide extrae de su solución acuosa, tanto más marcado será su efecto hipnótico.

Además, de estos medicamentos unos obran sobre la corteza, como los bromuros; otros, sobre el centro hipnógeno, como los barbitúricos; otros, finalmente, sobre los núcleos optoestriados, como la escopolamina, que en muchos casos me ha dado asombrosos resultados.

La administración de estas sustancias estará supeditada naturalmente a la causa original del trastorno, y en algunos casos será conveniente reforzar mutuamente su acción para obtener más fácil efecto.

De todo lo anterior puedo tomar como conclusiones las siguientes:

Necesidad de estudiar totalmente todo paciente insomnico, tratando siempre, partiendo del conocimiento físico patológico del síntoma, de aplicar un tratamiento etiológico; y teniendo que usar con frecuencia como tratamiento de fondo los compuestos de calcio, los preparados opoterápicos y los medicamentos correctivos de las distonias neurovegetativas.

Aplicar los hipnóticos con moderación, seleccionándolos con cuidado para cada caso según su acción farmacodinámica para atacar la causa original del enfermo considerado.

Intervenir siempre, aunque sea un poco, por medios psicoterápicos, que variarán conforme la personalidad y peculiaridades de cada paciente.

Aconsejar todas las medidas higiénicas y de comodidad y procurar por cualquier medio fomentar el desinterés psicológico del paciente.

En una palabra: Individualizar el tratamiento a base de estudio y conocimiento total de cada enfermo.

## ¿La Gastrocoloptosis debe Considerarse como Enfermedad Profesional?

Por el Doctor  
**SANTIAGO  
RAMIREZ**

Es sumamente frecuente en reclamaciones por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que se le hagan al perito preguntas de la naturaleza de la que encabeza este artículo.

Hace poco, recibí de la Junta de Conciliación y Arbitraje, el siguiente cuestionario, en mi calidad de perito de los Ferrocarriles Nacionales de México:

- 1.—¿Cómo pueden clasificarse las ptosis viscerales?
- 2.—¿Las ptosis del intestino pueden producir como una de sus consecuencias, pero no la única, la colopatía mucomembranosa?
- 3.—¿La colopatía mucomembranosa es siempre de origen nervioso, o bien, puede tener otro origen?
- 4.—¿El movimiento vibratorio prolongado de una locomotora de ferrocarril, junto con la posición vertical constante del individuo, pueden ser causas determinantes de una ptosis visceral, cuya causa eficiente sea la flaccidez o debilidad muscular o ligamentosa?
- 5.—¿En los términos del artículo 286 de la Ley Federal del Trabajo, la ptosis visceral producida por el movimiento vibratorio de una locomotora de ferrocarril y la posición vertical del maquinista, pueden considerarse como enfermedad profesional?
  - 1.—¿En qué grupo de la clasificación general hecha en el capítulo anterior, puede clasificarse la ptosis visceral que padece F. N. G.?

2.—¿La colopatía mucomembranosa que padece F. N. G. es de origen nervioso?

3.—¿La ptosis cólica que padece F. N. G. tiene como única consecuencia la colopatía mucomembranosa o bien tiene otras consecuencias?

4.—¿De acuerdo con las características psíquicas y somáticas de F. N. G. y teniendo en cuenta sus antecedentes personales, cuál puede ser el origen de la ptosis visceral que sufre y de sus consecuencias en el sistema neurovegetativo?

5.—¿En atención al estudio que se haga de la enfermedad que padece F.N.G., es posible que siga desempeñando su puesto de maquinista de locomotoras?

6.—¿En conclusión, de acuerdo con las preguntas formuladas en este cuestionario y el examen de F.N.G., puede afirmarse que la enfermedad que padece es de origen profesional y contraída como resultado de la clase de trabajo que desempeñaba y del medio en que se vió obligado a prestar sus servicios?

\* \* \*

A este largo cuestionario, contesté en la siguiente forma:

1.—¿Cómo pueden clasificarse las ptosis viscerales?

Sabemos que, clínicamente la ptosis consiste en la caída, desalojamiento más o menos grande de un órgano. Caída, desalojamiento y movilización que, desde el punto de vista clínico, funcional y de subjetividad álgica, que son los interesantes en el caso concreto que se analiza, pueden ser parciales, globales o generales, como acontece por ejemplo con la gastroptosis que puede ser total, hecho muy raro o lo que es frecuente, la dislocación vertical del estómago por descenso de la región pilórica. En el hígado también puede haber ptosis total y ptosis por lobo móvil y aun verdaderas lúxaciones traumáticas de la víscera.

Otro punto de clasificación de las ptosis puede ser, teniendo en cuenta la víscera ptosada y así tendremos: gastroptosis, enteroptosis, hepatoptosis, nefroptosis, esplecnoptosis, uteroptosis, cardioptosis, etc.

Atendiendo al número de vísceras caídas podemos clasificar las ptosis en mono-ptosis y panto-ptosis.

Multitud de clasificaciones no tienen carácter universal y otras varían desde muchos puntos de vista, aun desde el personal de cada hombre, de aquí que la pregunta hecha sobre clasificación de ptosis, sea contestada en el sentido en que se ha hecho.

2.—¿Las ptosis del intestino pueden producir como una de sus consecuencias, pero no la única, la colopatía mucomembranosa?

La gastroenteroptosis o enfermedad de Glénard, tiene, en la etiología de la colopatía mucomembranosa un papel preponderante. El emigrante médico de Vichy tiene razón al considerar la enteroptosis como primitiva y a la colopatía como secundaria. Sin embargo, Lyon, Langenhagen, etc, consideran la ptosis abdominal como consecuencia de la colopatía mucomembranosa. Sería cansado seguir paso a paso a los diferentes autores que han discutido este asunto, tampoco citaremos todas las razones que Glénard en sus trabajos y Monteusis en su interesante volumen sobre "Los desequilibrados del vientre" han emitido para defender su opinión. Lo actualmente preponderante es que la ptosis es primitiva y que puede causar una colopatía mucomembranosa.

La gastroptosis y enteroptosis puede ser primitiva en el individuo, como lo demuestran los rayos X. Los dispépticos crónicos, los grandes vientres flácidos de Marfan, los eventrados, distendidos, que presentan ptosis, pueden no tener colopatía o ser ésta secundaria. La gastroptosis, la duodenoptosis, la ptosis intestinal, la gastroenteroptosis simple, la gastroenteroptosis macrocólica, la gastroenteroptosis megalocólica, pueden ser causa de colopatía mucomembranosa o al menos, presentarse ésta, después de aquéllas .

La colopatía mucomembranosa puede obedecer a otras muchas causas que no sean de origen tósico, siendo las principales:

A. Causas predisponentes.—Edad. Desde niños en algunos días hasta viejos de 70 años. Máximo entre 20 y 30 años. Sexo: El 60% es en mujeres. Estadísticas de Langenhagen, Bottentuit y Combe, Habitación: Más común en la ciudad que en el campo.—Posición social: Rara en los pobres, frecuente en los ricos. Alimentación; Tiene influencia la alimentación azoada. Diátesis artrítica: La colopatía mucomembranosa, casi sin excepción se encuentra entre familias de gotosos, obesos, jaquecosos, asmáticos, litiásicos. En el excremento de los colopáticos, frecuentemente se encuentran cristales de oxalatos y de uratos. — Diátesis neuropática: G. Lyon es un partidario convencido de la teoría nerviosa y en su último trabajo: "Patogenia de las neurosis intestinales", se expresa de esta manera: "La enteritis mucomembranosa es un conjunto de trastornos funcionales del gran simpático abdominal, una trofoneurosis secretoria, motriz y sensitiva, que se presenta únicamente en cierta categoría de predispuestos y que puede ser provocada sea por una causa cerebral (neurastenia, neurosis, etc.) sea por una causa renal, hepática, uterina". La discusión de este punto la haremos en la pregunta que sobre él, precisamente se hace. Constipación: G. See, Potain, J. Simon, Mathieu, Malibrán, Langenhagen,

atribuyen a la constipación papel preponderante por "atonía intestinal". En la actualidad, el papel de la constipación se ha subdividido en las dos principales formas de constipación: Constipación atónica y constipación espasmódica.

B.—Causas determinantes. — Las principales causas determinantes vienen a obrar como patógenas. Las dividiremos en primarias y secundarias:

a).—Causas primarias.—Influencias de enfermedades: Ciertas dolencias como la gripa, el sarampión, la tifoidea, la coqueluche, infectando directamente la mucosa del colon y modificando su flora intestinal, pueden acarrear la colopatía mucomembranosa sobre todo por disminución de los sacarolíticos y por paralización de las fermentaciones hidrocarbonadas. Influencia del régimen: La alimentación azoada produce una disminución considerable de la flora sacarolítica. Aumenta la alcalinidad del medio intestinal y favorece considerablemente el desarrollo de los microbios proteolíticos anaerobios, microbios de la putrefacción, acarreando el proceso inflamatorio de la mucosa cólica. En cambio, la alimentación por los harinosos, cereales, arroz, por los jugos de frutas, aumenta la flora intestinal sacarolítica y aumenta la reacción ácida del medio intestinal y disminuye, gracias los ácidos láctico y succínico, la flora anaerobia proteolítica del intestino. Influencia de la infección: exógena o endógena.

b). Causas secundarias: Disminución de las defensas del epitelio intestinal; aumento de las putrefacciones intestinales; parásitos intestinales; ulceraciones.

3.—¿La colopatía mucomembranosa es siempre de origen nervioso o bien, puede tener otro origen?

Esta pregunta, está amplimente contestada en la anterior respuesta. Vamos a darle, sin embargo una amplitud mayor en honor de claridad y de precisión.

Existe una neurosis intestinal llamada por Leyden y Rosenheim, "secreción-neurosis"; por Vanni, "mio-angioneurosis"; por Nothnagel, "cólico mucomembranoso"; por G. Lyon y Combe, "enteroneurosis mucomembranosa".

Esta enfermedad, mucho más rara que la forma inflamatoria, se observa en los hombres profundamente neurasténicos o atacados de hipocondría; pertenecen a la gran familia de los nerviosos. Tienen neurópatas o locos entre sus ascendientes o colaterales. Ellos mismos son exageradamente impresionables; pertenecen a la diátesis neuropática de Finkelstein y presentan síntomas de ella desde la primera infancia. En efecto, tienen

terrores nocturnos, más tarde, fobias orientadas sobre el tubo digestivo (temor de apendicitis, de cáncer, de tuberculosis, de obstrucción intestinal).

Como síntomas subjetivos, estos enfermos presentan con grados diversos, algo de neurastenia, psicastenia, hipocondría, histeria. Siempre se quejan de sufrir de su vientre; tienen después de los alimentos náuseas, a veces vómitos; otras veces presentan cólicos secos causados por movimientos intestinales y acompañados de ruidos percibidos por el enfermo y los que lo rodean. Estos síntomas corresponden a un gastroenteroespasmó o a una agitación intestinal extrema. Hay una hiperestesia absolutamente anormal del estómago e intestino.

Estos son los síntomas clínicos de la agitación peristáltica de Nothnagel, de la "tormenta nervosa" de Rosenheim. Producen insomnio. Estos enfermos presentan una constipación grande. Dejan de evacuar dos, tres y hasta ocho días. La evacuación es penosa, de pequeño calibre, como acintada o a veces en forma de ovillo. A veces están cubiertos los excrementos de membranas blanquizcas.

El síntoma característico de la enfermedad es que a intervalos variables, a menudo después de una emoción o de una contrariedad, después de un enfriamiento o sin causa aparente, es produce una crisis enterálgica sumamente violenta. Esta crisis se manifiesta por un cólico fijo, que tiene sitio de predilección en el colon ascendente o en la S. íliaca. Tiene dolores irradiados a la vejiga, a los órganos genitales. A veces hay crisis de agitación, de llanto, insomnio. A esta crisis, sigue la evacuación típica formada casi exclusivamente por membranas blanquecinas, espesas, aplastadas, tubulares o en bolas. La cantidad es considerable, a veces enorme; a las membranas acompaña, a veces insignificante cantidad de excremento blanquecino, acólico. El examen de las membranas da a conocer que están formadas de mucina, de celdillas epiteliales, hay pocos organismos y se encuentran cristales de fosfato amónico magnésico y de colestestina.

Cuando termina la crisis el enfermo se siente débil pero muy consolado. A veces las crisis tardan en aparecer, meses, otras ocasiones se repiten con bastante frecuencia, cada tres o cinco días.

El vientre, durante las crisis remeda el de la meningitis: plano, retraído, en "batea", duro, con los músculos rectos tiesos como cuerdas; doloroso a la palpación.

Entre los síntomas objetivos tenemos la exageración considerable de los reflejos tendinosos, musculares y cutáneos; el signo de Chvostek no es raro; en la región umbilical, el vientre está retraído; se ven o se palpan, movimientos peristálticos exagerados: "agitación peristáltica". El in-

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<sup>e</sup>)

testino grueso está en toda su extensión, duro, retraído, "tubo de caoutchouc" y es fácilmente palpable menos en el epigástrico a causa de la tensión de los rectos.

El examen urinario es casi normal. Los sulfoeteros son normales y hay poco indol y poco fenol.

Para terminar y dejar completamente aclarada la pregunta 3 diremos:

La colopatía mucomembranosa, puede revestir dos aspectos completamente diferentes. 1ro.—La enteroneurosis que es una afección nerviosa que requiere un tratamiento especial encaminado exclusivamente contra el ataque del sistema nervioso organovegetativo y 2do. la colopatía mucomembranosa que, al contrario, es como lo vimos al contestar la pregunta 2, una afección intestinal, que requiere un tratamiento dietético y medicamentoso especial, encaminado únicamente contra la inflamación de la mucosa intestinal.

4.—¿El movimiento vibratorio prolongado de una locomotora de ferrocarril, junto con la posición vertical constante del individuo, pueden ser causas determinantes de una ptosis visceral, cuya causa eficiente sea la flaccidez o debilidad muscular o ligamentosa?

En concepto de Lane, la posición vertical influye en las ptosis, pero para ello se requieren otros muchos factores: lesiones del plexo solar, adelgazamiento, etc.

La totalidad de autores que sobre etiología y patogenia de ptosis viscerales han hablado, dan un papel completamente secundario a la posición de pié como causa de ptosis. Una ptosis, mono o plurivisceral, completa o incompleta, con dislocación grande o pequeña, puede aumentar en cantidad, cuando la estación vertical prolongada, interviene de un modo bastante intenso en tiempo.

Al estado normal, la pared abdominal ofrece una resistencia muy grande. En la cavidad abdominal, las asas intestinales se disponen en planos superpuestos, a la manera de cojines que se sostienen unos a otros y están como empaquetados por cierta cantidad de grasa. En la parte superior, el estómago forma como una navicilla flotante en el agua, extensible, que se amolda a los cojines intestinales más que deformarlos. El estómago de los grandes comedores y grandes bebedores, se hace "transversal" antes de abatirse en el abdomen.

Si ésto pasa en un estómago lleno de grandes cantidades de líquidos o sólidos, no se comprende que el peso sólo de él, sea capaz de descender por la posición vertical prolongada.

Si hay adelgazamiento, si la pared abdominal se hace flácida, si la

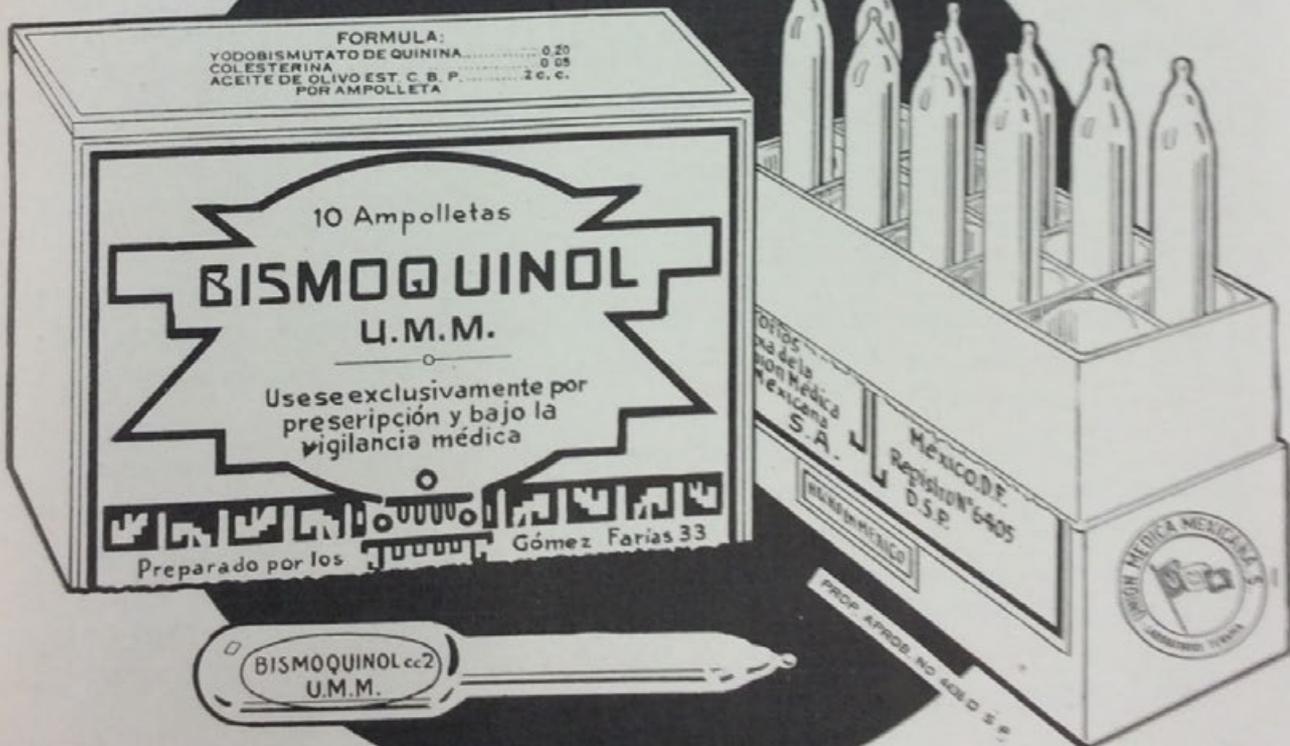
cantidad de la grasa epiploica y mesentérica disminuye, hay espacio para que el intestino tenga mayor acomodo, para que los "puntales" disminuyan y la ptosis encuentre factores de desarrollo. El colon transversal, fijado a la gran curvatura del estomago, cuando este cae, lo acompaña en su caída y toma la forma de V.

Debilidad constitucional, mala calidad de tejidos y ligamentos de sostén y suspensores, malformaciones por trastornos de evolución, son los factores primordiales de producción de ptosis. Adelgazamiento rápido, desnutrición, exceso de sólidos y líquidos, éstasis intestinal, son causas que obrando sobre las primeras, favorecen aun más las ptosis (se excluyen las del sexo femenino por no venir al caso en esta información).

Si a todos estos se agrega la estación de pié, habrá uno más. UNO más, entre otra multitud de ellos. La estación de pié no es signo o privilegio del desarrollo de ptosis, como lo es por ejemplo en las varices en donde el factor gravedad y el hidráulico forman un todo conexo.

EL MEJOR PREPARADO A BASE DE BISMUTO

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



La trepidación (usamos esta palabra en vez de vibración por parecernos más correcta) no está mencionada absolutamente ni como factor pequeño, en la producción o determinación o auxiliar de una enteroposis.

Si las trepidaciones ocasionaran ptosis, seguramente que los choferes de camiones y los cobradores de los mismos, los ginetes profesionales, serían ptósicos, si no en su totalidad, sí en buen número y las estadísticas de las policlínicas que hemos consultado han sido negativas enteramente sobre el particular. Hay choferes que llevan 20 años en ejercicio, con gran trepidación por muelles pésimas, flácidos de vientre y que no tienen la más insignificante caída de visceras.

La estación de pie y las trepidaciones, obran en la producción de las ptosis —si es que obran— a título de factor mínimo en personas que ya tienen un cúmulo de factores realmente productores del mal y que ya tienen francamente declarada la caída visceral pero sin muy aparente sintomatología.

5.—¿En los términos del artículo 286 de la Ley Federal del Trabajo, la ptosis visceral producida por el movimiento vibratorio de una locomotora de ferrocarril y la posición vertical del maquinista, puede considerarse como una enfermedad profesional?

La palabra "producida" de la anterior pregunta, indica prejuiciar de un hecho, es mala y por lo mismo, vamos a contestar el espíritu de la pregunta, es decir: ¿La ptosis es enfermedad profesional, cuando se presenta en un individuo sujeto a trepidación y está en pié?

Los elementos que debemos tener en cuenta son: 1ro. el estado patológico; 2do. factor causal; 3ro, relación entre ambos; 4o. relación de causa a efecto; 5o. apreciación de enfermedad profesional.

El elemento patológico es una ptosis visceral. El factor catalogado o considerado como causal es la trepidación (vibración dice la pregunta) de una locomotora de ferrocarril y la estación de pié (posición vertical dice la pregunta).

La ptosis visceral abdominal, pues de ella se trata, hemos visto que tiene como factores etiológicos para su producción, otros muy diversos a la estación de pié y a la trepidación de una máquina. Si estos factores por sí solos produjeran la dislocación, sí sería enfermedad causada "POR UNA CAUSA REPETIDA POR LARGO TIEMPO COMO OBLIGADA CONSECUENCIA DE LA CLASE DE TRABAJO QUE DESEMPEÑA EL OBRERO".

El plomo, por sí solo, sin necesidad de otros factores, puede producir el saturnismo, la parálisis del nervio radial, el cólico de plomo, el

estado mental del intoxicado por él, etc. La intoxicación saturnina, es claramente, definitivamente, una dolencia profesional.

El obrero herniario, que al levantar un peso sufre una salida de su hernia y ésta es irreductible y se forma una gangrena de asa intestinal, no tuvo esta afección por su profesión, no se la provocó el trabajo profesional: es un factor desencadenante que se pudo presentar al pujar, al toser, etc. El enfermo de aneurisma aórtico de origen sifilítico, que a causa del polvo del tabaco de una fábrica, tiene un acceso fuerte de tos y ruptura del aneurisma, no tuvo éste accidente por la clase de trabajo que desempeñó.

Examinando el caso concreto de la ptosis y la vibración y la estación vertical, podemos decir que en ninguna circunstancia puede considerarse como enfermedad profesional. La estación de pié repetida, obligada, prolongada y necesaria en un individuo (semaforista por ejemplo, policías, mendigos, etc.) no acarrea ptosis visceral. La trepidación prolongada no provoca tampoco ptosis (todos los habitantes de México que se ven obligados a viajar eternamente en los altamente trepidatarios camiones, las tendrían los choferes de los mismos). Los dos factores reunidos, tampoco, según se ha visto sobradamente en líneas anteriores, pueden producir ptosis.

Un catador de vinos, por ejemplo, podría demandar una empresa, diciendo que su blenorragia es enfermedad profesional.

El artículo 286 de la Ley Federal del Trabajo, dice textualmente en su parte final esto: "pudiendo ser originada esta enfermedad profesional, por agentes físicos, químicos o biológicos". La palabra ORIGINA-DA, qué connotación tiene en el espíritu del legislador? Seguramente que el de CAUSADA y la ptosis visceral, no es causada por el agente físico de la trepidación ni por la permanencia prolongada en posición vertical.

## Un Caso de Encefalitis por Insolación, con Cua- dro de Esquizofrenia

Por el Dr. Y. LUTZ

La niña A. L., nacida en 1921, con residencia en la Renania, de familia acomodada. El padre participó en la guerra (14, 18), desde entonces parece estar neurasténico; la madre es suiza. Antecedentes hereditarios por lo que hace a enfermedades mentales, epilepsia, caracteres anormales. Los antecedentes personales sin ningún dato de interés: viruelas y pulmonía, ligera coqueluche, por lo demás ninguna otra enfermedad ha sufrido ni traumatismos internos ni ataques o calambres. El desarrollo intelectual fué asimismo normal. La niña tiene buenos antecedentes escolares, habiendo ingresado tres meses antes de enfermarse a una escuela superior para señoritas. Era de carácter amable, fino, muy cortez, mimoso, en ocasiones retraída, sensible, suave, quería darles algo a todos los limosneros, muy consentida y no conocía los malos tratos. Desde su ingreso a la escuela superior se volvió temerosa y en el segundo día de clases tuvo un disgusto con una profesora, que sospechó de ella injustificadamente.

A mediados de julio tomó la niña participación en un ensayo general para una fiesta de gimnasia, teniendo que estar tres horas y media expuesta a los rayos solares con la cabeza descubierta, lo que siempre había soportado mal. En la noche del mismo día, poco apetito; ocho días después estado nauseoso, unos días de reposo en cama, no tuvo fiebre. Cuando volvió a la escuela se quejó en la mañana de calor en la cabeza; a medio día tuvo un desmayo de tres horas con temblores y convulsiones en distintas partes del cuerpo; espuma en la boca. Después de tomar luminal, sueño tranquilo. El médico de la casa habló de histeria. Des-

pués, de nuevo bienestar, pero amnesia para el accidente. Durante una semana corporalmente comportamiento normal, psíquicamente sin embargo ligeramente agitada, iracunda, colérica. Luego sorprendentes síntomas psíquicos completamente inesperados: risa inmotivada, repetición sin sentido de palabras aisladas. Después de tres días, viaje de recreo a Suiza; susto fuerte de la niña al pararse frente del taxímetro que debía llevarla a la estación, un sin-trabajo con el puño levantado amenazadoramente. En el ferrocarril estuvo inquieta, hacía gestos para afuera de la ventana, mostró movimientos estereotípicos. En Suiza comportamiento enteramente distinto: refunfuñante, inaccesible, no quería levantarse, repetía en la cama siempre las mismas palabras, tenía fuertes accesos de ira, usaba expresiones desacostumbradamente ásperas, mostraba un comportamiento teatral. A ratos estaba alegre y amable. Empeoramiento de su estado, internación en el hospital para niños de Zurich el 10 de agosto de 1931.

Estado Corporal y Evolución.—A su ingreso en el hospital no presentaba signos de enfermedad. Pulso, temperatura, órganos internos, orina, hemoglobina y valor leucocitario, sedimentación sanguínea, reflejos, fondo de ojo: normales. Sin espasmos ni paresias. Reacción de Wassermann en la sangre, negativa.

El 16 de agosto durante la noche un pronunciado ataque epileptiforme; durante el ataque la temperatura rectal de 39.2; después nuevamente remisión a la normal. Después del ataque estado nauseoso, poco a poco movimiento correctos más y más claros, trastornos en la coordinación

Punción lumbar: hipercitosis, Wassermann negativo.

Mejora con salicilato y Licor de Fowler. Todavía algunos ataques epileptiformes. A mediados de octubre de 1931 se dió de alta. Siguió tratándose en una casa de salud de niños y regresó a su casa. Un año después de la enfermedad, informó la madre que le iba bien a la niña, únicamente le había quedado una ligera fragilidad en la sensibilidad.

Psiquismo.—En los primeros días en el hospital para niños, muy agitada, corría, de un lugar a otro, apenas si permanecía en la cama, no se dejaba tranquilizar, se inclinaba por contestaciones negativas, en parte amenazadoras, en parte exaltadas: "debes levantarte tú; tú tienes un pájaro en la cabeza". En el experimento de Rorschach: "eso es tontería, fuera, fuera". Orientación al parecer poco alterada: autopsíquicamente, nada; en tiempo; insegura; en cuanto a lugar; ella decía estar en un cuarto para enfermos. Muchas perseveraciones, estereotípías verbigeraciones (ho-pa, ho-pa, pa-ho-pa-ho y así sucesivamente). En la tabla de Rorschach, cuadro IV: venado, cereza, flor.

El curso de los pensamientos interrumpido extravagantemente, sin

hilación, no se deja fijar, termina frecuentemente a mitad de la frase, varía el contenido sin sentido. Además probablemente procesos de alucinación con temor: "¿Eres tú el diablo?; auxilio, auxilio!"

La conciencia está ofuscada, desconoce los alrededores, pega y muerde a médicos y enfermeros. Fuertes accesos de ira y agitación, maldice y grita fuerte, hipercinesia; después nuevamente rigidez catatónica, permanece largamente rígida y en una sola posición mirando fijamente a la pared a un rincón.

Se hizo necesario el traslado a un sanatorio para enfermedades nerviosas (Zihlschlact, Cantón Thurgan).

Durante el tratamiento mejoría afectiva, el trato sobre todo se volvió mejor, accesos de ira más rara vez, hasta desaparecer por completo. En los accesos epileptiformes la mirada era rígida y vaga, con regularidad fuertes muestras de miedo, preguntaba siempre por el diablo y aseguraba verlo en la pared. Para los accesos amnesia; asimismo completa amnesia para la permanencia de 11 días en el hospital de niños.

Curación completa con la excepción de la ya mencionada fragilidad afectiva.

La enfermedad es interesante porque el principio fué de aspecto catatónico-esquizofrénico; tanto la personalidad prepsíquica (muchacha sensible, miedosa, consentida, que reaccionó a circunstancias escolares desfavorables) como los primeros síntomas hablaban en favor de la esquizoidia.

Las perturbaciones extra-piramidales que se mostraron más tarde, como el resultado del examen del líquido céfalo-raquídeo; junto con la anamnesia (tres horas y media de insolación de la cabeza), fijaron con seguridad la génesis encefalítica del cuadro patológico. El caso recuerda bastante a los cuadros de estado catatónico de la encefalitis epidémica.

(Traducido del alemán por el estudiante de medicina, *Herman Greef*).

# REVISTA CLINICA

## Observaciones recogidas en el Sanatorio del Dr. Samuel Ramírez Moreno

Por el Dr. CARLOS PAVON A.

### DEMENCIA INFANTIL POST-ENCEFALITICA

El capítulo de las Demencias Infantiles, merece sin duda, por su importancia un estudio detallado y completo, posible de desarrollar en una Tesis, pero no en esta Sección, en donde por su índole misma, los datos de elucubración teórica deben reducirse al mínimo.

Desde luego la diversidad de opiniones, escuelas y criterios que privan aún en Medicina Mental, hacen que en la actualidad el término de "demencia" en psicopatología infantil sea aceptada por algunos y considerado como impropio por otros, entendiéndose por síndrome demencial "el déficit psíquico adquirido, crónico, irreparable, global y de intensidad variable"; y tal falta de acuerdo radica fundamentalmente en que no se conoce ni se precisa "la edad límite" si así puede llamarse, en la que un estado deficitario infantil deba considerarse como oligofrenia o bien como demencia.

Para muchos prestigiados alienistas, los estados de déficit intelectual ocurridos hasta antes de la pubertad, deben ser llamados "oligofrenias", sean adquiridos o congénitos; así opina Kraft Ebing al decir que la demencia sólo debe contarse, después de la pubertad, cuando el desarrollo mental ha llegado a su plenitud; igual criterio sustenta Bleuler en su Tratado, al hablar de las oligofrenias, cuando dice que éstas deben incluir "no sólo los desórdenes congénitos, sino también los adquiridos en

la primera infancia"; Bumke, aunque en cierto modo sigue la opinión de Bleuler, termina por reconocer que los estados demenciales "pueden presentarse en cualquier época de la infancia y hacer imposible, si ésto ocurre muy precozmente, toda distinción voluntaria entre ellos (los estados demenciales) y los cuadros oligofrénicos".

En los últimos años se ha notado una corriente decisiva a describir estados demenciales en los niños y a ello ha contribuído eficazmente el desarrollo precoz de neuro-lúes hereditarias y de otros padecimientos cerebrales infantiles que se acompañan de demencia (tumores, encefalitis). Sin duda alguna a la existencia evidente de la "demencia paralítica" (demencia neuro-luética) en niños y adolescentes, se ha debido que cada día se conozca mejor las demencias infantiles; no son muchos los casos relatados en la literatura médica de demencia paralítica en niños heredo-neuro-luéticos (paralíticos generales o casos de sífilis cerebral) pero existen ya en suficiente acopio y descritas por reconocidos alienistas de prestigio: Klauder, Salomón, Zeppert, Lafora y en nuestra América, Menninger en los Estados Unidos y el caso admirablemente descrito por el profesor Krumdieck de la Universidad de Lima.

Por nuestra parte, pensamos que sí es posible hablar de estados demenciales en los niños, cuando el déficit mental, determinado por alguna lesión cerebral se haga evidente y recaiga en una edad en que el desarrollo psicológico del niño sea ya manifiesto, no importando que aún no alcance su plenitud y siempre que dicho desarrollo mental está de acuerdo con la edad cronológica del niño, hecho que por definición, aparta de sí la idea de oligofrenia.

No ignoramos por otra parte, las enormes dificultades que existen en la apreciación de los síntomas de regresión mental en los niños y que en un momento dado sea casi imposible el diagnóstico entre un cuadro de oligofrenia y una demencia infantil, pero estos obstáculos disminuyen grandemente si se conoce con exactitud la historia clínica del niño desde su nacimiento, única forma en que es dable juzgar si las funciones mentales no se han desarrollado o bien si han sufrido un retroceso evidente desde determinada etapa, máxime cuando ahora contamos con pruebas psicométricas aplicables desde los primeros meses de la vida y que ayudan admirablemente a este propósito.

Las anteriores consideraciones, fueron hechas con motivo de la oportunidad que tuvimos de atender en nuestro servicio del Sanatorio Ramírez Moreno a un niño de 7 años de edad con una demencia post-encefalítica y cuya primera impresión fué que se trataba de un caso de Idiocia; su historia clínica es la siguiente:

# 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 millones de microbios por centímetro cúbico.

## **PRESENTACION :**

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

## **MODO DE EMPLEO :**

**Inyección intravenosa**

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

USESE EXCLUSIVAMENTE POR  
PRESCRIPCIÓN Y BAJO LA  
VIGILANCIA MEDICA.

Nº 7277. - D. S. P.

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE**  
SPÉCIA  
marques "POULENC frères" & "USINES du RHÔNE"  
21 rue Jean Goujon PARIS 8<sup>e</sup>

J. Luis S., nacido en México, D. F., en febrero de 1930 de parto a término y natural; hijo primogénito de padres jóvenes aparentemente sanos y en los cuales no se descubre ninguna tara orgánica, ni antecedentes familiares morbosos; por ambas ramas, materna y paterna, los datos proporcionados niegan en los ascendientes, afecciones mentales, padecimientos nerviosos, lúes, tuberculosis, etc.

No sufrió la madre, durante el embarazo, penas, contrariedades, ni traumatismos; el peso del niño, al nacer, fué satisfactorio (3.200 gms.) y no presentó ningún vicio de conformación. Alimentación materna perfectamente tolerada.

Al final del primer trimestre el desarrollo del niño era normal; mantenía levantada la cabeza, se sonreía; no presentó ningún trastorno digestivo ni sufrió enfermedad.

A los 6 meses tuvo el primer brote dentario con ligero estado estadió diarreico; por falta de leche materna, se inició el destete y la alimentación mixta sin ocasionar trastornos; a esta edad reconocía la voz de la madre y del padre; lloraba al separarse de la primera; se mantenía muy huraño con las personas ajenas a su familia.

A los 11 meses, primer intento de pedestación que se operó correctamente y de un modo rápido; al finalizar el 13o. mes la deambulacion se realizaba bien y sin apoyos; comenzó a querer hablar al año, las primeras palabras de "papá" y "mamá", persistieron durante un mes como único léxico, pero a partir de los 14 meses ya aumentó bastante el número de palabras pronunciadas.

Al cumplir los dos años el niño marchaba correctamente, correteaba, poseía un buen stock de palabras y formaba gran número de frases; distinguía perfectamente la nariz, los ojos, la boca; pedía sus alimentos; avisaba oportunamente cuando deseaba evacuar el intestino o la vejiga, y los hábitos higiénicos durante la noche se establecieron y desde esta edad dejó de mojar las sábanas.

En general fué considerado por sus padres como un niño "despierto e inteligente"; a los 3 años y medio sabía contar hasta el 20, conocía 8 letras del alfabeto; su memoria era poco común, pues a esta edad recordaba pedazos de películas, pues era muy aficionado al cine, cantaba algunas canciones cortas y decía cuentos aprendidos en la radio; entendía correctamente todo lo que se le decía y cumplía pequeños encargos; comía con sus padres en la mesa, usando bien los cubiertos; se vestía y desnudaba solo, "sin equivocarse nunca, ni en los zapatos".

Es decir, que estudiando minuciosamente el desarrollo mental del pe-

queño Luis, se llega a la conclusión de que era un niño precoz, casi al cumplir los 5 años, sabía leer y escribir aunque imperfectamente, usaba bien las mayúsculas, conocía hasta el número 100 y podía escribir hasta el 50; escribía cartas bastante satisfactorias a su abuelita; era un niño bueno y cariñoso, muy obediente, poco mentiroso y con aptitudes especiales para la mecánica, pues armaba y desarmaba solo su coche de juguete, resolvía bien el armazón de sus juguetes "Meccano", construyendo puentes, edificios, etc.

Orgánicamente, Luis era bien desarrollado, sano, robusto y con excepción de una bronquitis que padeció a los 3 años, no tuvo que quejarse de enfermedades.

En el mes de marzo del año pasado, un mes después de cumplir los 5 años, el niño sufre un sarampión de forma grave y dos días después de hacer aparición el exantema sube bruscamente la fiebre a 40 grados y se presenta cefalalgia intensísima; el médico que lo atiende sospechó alguna complicación pulmonar u ótica no obstante que no existían síntomas confirmatorios; esa misma noche el enfermito presenta varias crisis convulsivas, entra en estado onírico y comienza a vomitar profusamente.

Se confirma el diagnóstico de encefalitis y durante 14 días el enfermo ofrece el cuadro siguiente: onirismo, obnubilación y torpeza mental, alternando con fases de somnolencia; disminuyeron los vómitos, pero la fiebre se mantuvo continua y se presume que igual la cefalea, pues se quejaba con frecuencia; las crisis convulsivas se presentaron únicamente dos veces durante este transcurso de tiempo; al finalizar dos semanas el proceso encefálico se mejoró, disminuyó la fiebre, desapareció el estado onírico, pero persistió la obnubilación mental; pero se notó que el enfermito no *pronunciaba ninguna palabra*; la mejoría se acentuó en el curso de los días siguientes y al cabo de un mes el niño había recuperado su antigua lucidez, quedando como reliquia de la encefalitis y como síntomas focales un estrabismo convergente derecho por parálisis del recto externo del ojo y marcada dificultad para pronunciar ciertas palabras.

Durante los primeros meses que siguieron al padecimiento encefálico los familiares notaron al niño "un poco distraído, como torpe en sus juegos, perezoso" síntomas que fueron atribuidos al agotamiento de la enfermedad pasada, pero ya en el mes de julio los síntomas de deterioro mental se hicieron más manifiestos e indudables: había olvidado las letras y los números en su mayoría; al escribir podía hacer únicamente algunas letras sueltas y números sin saber su significado; no podía formar sílabas; abandonó sus juegos anteriores, la distracción se acentuó mucho y no era posible sostener con él ninguna conversación; cuando se le obli-

gaba a estudiar se entretenía en romper los libros y los cuadernos para hacer bolitas de papel; hablaba muy poco y con dificultad, notándose que gran número de palabras se le habían olvidado, recordando algunas con esfuerzo cuando se le hacía presión para ello.

La debacle intelectual del enfermito ha seguido paulatinamente desde entonces; la falta de memoria es completa, no puede retener nada; totalmente ha olvidado los conocimientos anteriores, no reconoce ninguna letra ni número, ni menos escribir; su stock de palabras se ha reducido considerablemente, puede pronunciar algunas disílabas familiares: mamá, papá, taza, plato; sus juegos corresponden a niños de 2 ó 3 años: corretear, amontonar papeles, jugar con dados, con la tierra, rechazando sus antiguos juguetes; algunas indicaciones no las entiende.

A principios del año actual, a más de haberse acentuado la regresión mental, se presentaron nuevos síntomas que la confirmaron: pérdida completa de sus hábitos higiénicos, ha olvidado comer con cubiertos y lo hace con sus dedos, se orina la ropa, se ensucia las manos y la ropa con materias fecales; por otra parte se ha vuelto turbulento, continuamente está inquieto, inestable, sin detenerse ni un momento, es desobediente, enojón, se encoleriza con facilidad; rompe los muebles, su ropa, todo lo deteriora; persigue y maltrata a los animales domésticos; por otra parte ha vuelto a presentar enuresis nocturna y se ha vuelto muy miedoso, negándose a dormir solo en su cama: por esta época, aun conservaba ciertas frases estereotipadas, así expresaba sus deseos de alimentarse, repitiendo largo rato "quiero papa" y cuando se le reprendía por sus travesuras, se reía siempre repitiendo "niño malo". Tal es la curva intelectual del enfermito, seguida paso a paso desde su nacimiento hasta el momento en que se le examinó por vez primera, procuré seguirla detalladamente y en este caso sus padres ayudaron favorablemente con sus observaciones juiciosas, cosa natural pues es el hijo único y primogénito y como sucede en tales casos, están pendientes del menor cambio relacionado con la vida de su hijo.

Cuando ví al niño por primera vez, confieso que inmediatamente pensé en un idiota erético; no se estaba quieto un instante, se sentaba, corría, cogía los objetos, tiraba del saco a su papá; sin hacer caso de las múltiples reconvenciones de sus padres; presentaba una mímica facial exagerada, continuamente hacía gesticulaciones, cerraba los ojos, sacaba la lengua; de vez en cuando repetía algunos disílabos sueltos estereotipados: "coco", "nana", etc.

El déficit mental es ostensible; no puede fijar su atención un solo momento, hay paraprosia evidente, cualquier estímulo exterior por pe-

queño que sea lo distrae; no entiende órdenes fáciles: "dame la mano" "ve con tu mamá", etc., ríe o llora alternativamente sin motivo; durante la consulta se ha desgarrado la ropa y se ha orinado.

En estas condiciones desfavorables por lo difícil de controlar al enfermito, procedo a hacer un estudio psicométrico de acuerdo con el sistema Stanford de Terman y sólo puede resolver la primera prueba de los 3 años (señalar ojos, nariz, etc.) y le anoto una edad mental de 26 meses; siendo su edad cronológica de 78 meses, resulta un coeficiente intelectual muy reducido, de 0.33.

Físicamente es un niño robusto, talla de 1 mt. 16 ctms., peso de 19. 400 kgms; no presenta deformaciones ni estigmas orgánicos; sus aparatos funcionan correctamente.

Desde el punto de vista neurológico se encontraron, además de la parálisis del recto externo derecho, exageración de todos los reflejos tendino-periostícos y marcado dermatografismo; no hay modificación en la tonicidad muscular, ni existen movimientos anormales; las funciones de equilibrio son correctas; no pudo explorarse la sensibilidad.

Hace poco he sido informado por los padres del enfermito que el cuadro de déficit mental ha seguido evolucionando; los síntomas de eretismo psico-motor han desaparecido, probablemente bajo la influencia del tratamiento sedante, ahora es un niño quieto, "con cara de atontado"; prácticamente no habla nada; no entiende lo que se le dice; a veces desconoce a su padre; hay que alimentarlo, ya que él espontáneamente no indica sus deseos de comer; se lleva a la boca todo lo que recoge del suelo; tiene completamente perdidos sus hábitos higiénicos y en suma, el estado de desintegración psíquica es desastroso.

Vemos pues, que el desarrollo psico-orgánico de este niño hasta la edad de 5 años fué, no sólo normal, sino hasta precoz; sufre en esta edad una encefalitis grave y a partir de entonces el proceso evolutivo psico-iógico se detiene y retrocede, haciendo una involución progresiva y cada vez más ostensible; para nosotros no cabe duda que se trata de un *síndrome demencial post-encefáltico*; algunos quizás piensen que es erróneo el término y que debía hablarse de *oligofrenia adquirida*; creemos sin embargo que el proceso se adhiere más lógicamente a lo que se acepta por síndrome demencial y además, desde el punto de vista terapéutico, el pronóstico es fatal, pues ni siquiera pueden intentarse por inútiles en este caso, los métodos educacionales psíco-pedagógicos aplicables en los estados oligofrénicos, puesto que es un *proceso involutivo y no una falta de evolución psíquica*, nueva diferencia que nos apoya para sostener la diferencia entre estos dos estados: demencia infantil y oligofrenia.

# NOTAS SINTETICAS

Por el Doctor JUAN  
PEON DEL VALLE  
Y VARONA

## SIMULADORES EN EL AMBIENE MILITAR

En el IX Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares, los Dres. Arama y Lupulescu, de Bucarest, presentaron una memoria acerca de la histeria, las simulaciones y los desórdenes funcionales en el medio militar. En la Revista de Sanidad Militar (año XXXVI, Núm. 6, junio 1937, Rumanía), se reproduce dicho trabajo, y en él vemos que de 6160 enfermos internados en el curso de los últimos seis años en el Servicio Neuropsiquiátrico del Hospital Militar "Regina Elisabeta" de Bucarest —que tuvo como médico jefe al Dr. Noica— 1307 (21.21%) no presentaron ninguna enfermedad orgánica y fueron devueltos al regimiento, clasificados de la manera siguiente: sanos 501 (8.13%), simuladores 156 (2.53%), histéricos 45 (0.73%), desórdenes funcionales 72 (1.16%) y en observación por epilepsia que no fué confirmada 553 (8.97). La mayor parte de los simuladores finjen la epilepsia; otros simulan cefalea, excitación psicomotriz, temblores, sordera.

## LA OBRA PANAMERICANISTA DE LA PRENSA MEDICA

De "La Reforma Médica" (julio 1o. 1937, Lima, Perú), reproducimos el elocuente párrafo que sigue y que nos halaga: "Sin los protocolos de las Cancillerías, ni las convencionales palabras de la Diplomacia, en América la prensa médica realiza una labor tenaz y efectiva de aproximación espiritual de sus pueblos. Decimos esto al leer el número de mayo de la *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Le-*

ga] con el que está conceptuada revista celebra el tercer año de su aparición. Unas palabras del Maestro Ocaranza, ponen de relieve la efemérides y hacen justicia a la obra abnegada de los Dres. Samuel Ramirez Moreno y Juan Peón del Valle. Pero lo que nos obliga a afirmar que realiza una obra panamericanista, es el amplio lugar que en esas páginas, como ya habíamos comprobado en otras anteriores, concede esta revista a la producción psiquiátrica peruana. Un amplio artículo del Prof. Honorio Delgado sobre "Psicopatología y Delimitación Clínica de la Esquizofrenia" ocupa el lugar de honra, y en los comentarios, los redactores de esta revista se solidarizan con el Dr. Caravedo, con ocasión del atentado de que fuera víctima. Es así como la prensa profesional médica colabora a que sea cada día más verdad esa concepción suprema de: América, un continente de paz."

### EL DR. RAMIREZ MORENO EN EL SEGUNDO CONGRESO INTERNACIONAL DE HIGIENE MENTAL

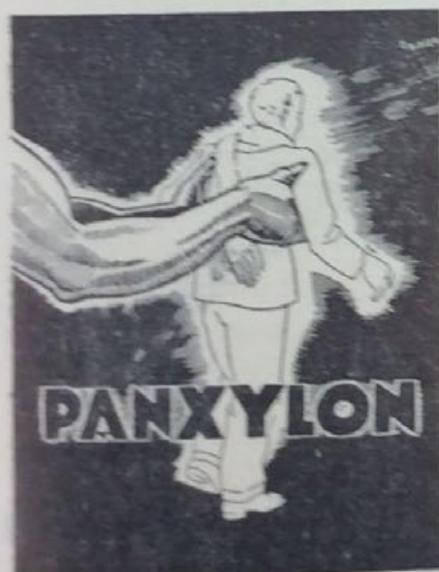
El Director de esta Revista llevó a París la representación de la Secretaría de Educación Pública y de la Universidad Nacional Autónoma.

## SINERGIA TERAPEUTICA

realizando la auto-defensa del organismo en un tratamiento asociado atóxico de :

1º CINAMEINA  
(Cinamaina Total)

2º CANFOLINA  
(Canforato de Colina)



**AUTO-DEFENSA DEL ORGANISMO  
PRETUBERCULOSIS**

**TRATAMIENTO ADYUVANTE de las  
TUBERCULOSIS**  
- MEDICAS Y QUIRURGICAS -

Usese por prescripción Médica

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

Prop. No. 8510

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

Presidió la sesión del 23 de julio y presentó la siguiente aportación: "Les efforts faits dans les deux dernières années par la République Mexicaine pour les progres de l'Hygiène Mentale". Su informe fué un resumen de la labor hecha en México; fué breve y sin muchos detalles porque precisamente esos esfuerzos desde el principio y en su mayor parte fueron hechos por el mismo autor; en cambio, señaló la entusiasta colaboración de las instituciones oficiales y de los médicos que impulsaron la obra y la están siguiendo.

## LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD SEGUN EL CODIGO PENAL ITALIANO

El Dr. del Pozzo, Asistente en la Facultad Jurídica de la Regia Universidad de Turín envió a la Revista *Psiquiatría y Criminología* de Buenos Aires (Año II, Núm. 8, abril 1937), un trabajo titulado "El motivo de las medidas de seguridad en el sistema del Código Penal Italiano". Hace interesantes consideraciones acerca del artículo 202, y dice: "En el sistema del código penal fascista, las medidas de seguridad han hallado un tratamiento realista y orgánico, que puede considerarse (¡nada es perfecto en lo real!) casi insuperable". Después de una atinada advertencia al lector, expone una metodología prejudicial, positivismo y técnica jurídica; enseguida se refiere al artículo 202 y la cuestión de los motivos para la aplicación de las medidas de seguridad; después del artículo 203 al 133; más adelante expone los criterios de la valuación práctica de la peligrosidad social, según el Código Penal Italiano, y, finalmente, trata los mismos desde el punto de vista universal. De aquí concluye:

1o.—Ante todo una cosa es indudable ahora: la exigencia universal de la defensa social, junto (o en vez) a la pena.

2o.—Otro tanto debe obviamente decirse de la medida de seguridad. Además es mi firme convicción que el derecho penal de mañana será el derecho de la prevención individual y social, de la medida de seguridad.

3o.—*Unico* es el motivo de la medida de seguridad: ¡la peligrosidad social! Creo haber demostrado con cierta claridad en aquellas palabras antedichas, esta tesis aislada.

4o.—En cuanto a los criterios concretos legislativos, determinadores de este único motivo, la peligrosidad social (en la que obviamente está la importancia mayor del artículo de la ley) el derecho penal italiano autoriza, totalmente, estas conclusiones que creo aplicables en general a todas las legislaciones, como modelo, casi insuperable.

a). La peligrosidad no es criterio abstracto, pero sí determinable objetivamente por síntomas concretos, fijados por la ley penal y obligatoriamente impuestos al juez en el ejercicio de su valoración subjetiva.

b).—El criterio fundamental para el juicio de la peligrosidad, es decir, de la aptitud del delincuente a perseverar en el delito, está ínsito en la misma personalidad del delincuente.

c). El problema de la peligrosidad es, en suma, un problema de personalidad que es resuelto cada vez con una indagación de naturaleza psicológica y antropológica sobre la naturaleza y sobre la individualidad del delincuente. Tal indagación puede, creemos, con una sistemación más lógica que la del código italiano, dividirse en tres partes:

I) Indagación específica, es decir, indagación relativa a la acción criminosa (o al hecho no constituyendo delito, en el caso del 202) en cuanto al síntoma y al índice de la personalidad del culpable.

II) Indagación sobre los factores endógenos, es decir, indagación antropológica relativa a la personalidad física y psíquica, naturaleza, carácter, etc., del reo.

III) Indagación sobre los factores exógenos: indagación sociológica relativa a los factores externos del ambiente, individuales, familiares y sociales.

Del total de estas indagaciones y sólo de ellas, se podrá llegar cuando menos a la declaración de peligrosidad y por lo tanto a la aplicación de la medida de seguridad.

Entonces, sólo el motivo de la medida de seguridad, la peligrosidad, podrá superar el valor máximo, en el sistema del derecho criminal moderno. El cual entre titubeos e indecisiones se va lenta pero continuamente desarrollando hacia formas de una más alta justicia humana y social.

## EL LAGO ENIGMATICO

El psiquiatra boliviano Jaime Mendoza es autor de una novela regional, basada en las leyendas de los lagos de su país. Como el psiquiatra yucateco José Peón Contreras, cultiva la poesía y la medicina, aunque no el drama teatral. Sus puntos de contacto están en su inspiración y su patriotismo. Ambos han hecho también estudios de las altiplanicies de sus respectivos países (México y Bolivia). Jaime Mendoza es ameno, romántico, descriptivo; su culto sentimental a la tradición hace de sus obras en prosa y en verso verdaderas aportaciones a la historia, a la geografía y a la etnografía. Como Peón Contreras también, habla al cerebro al par

que al corazón. Ambos fueron de los primeros catedráticos de psiquiatría en sus países, y ambos endulzaron su labor médica con el temperamento ensoñador. En "El Lago Enigmático" (Editorial "Charcas", Sucre, 1936), el Dr. Mendoza nos hace pensar en las semejanzas raciales y políticas de nuestros países americanos, pero, sobre todo, nos deleita con la sencillez de su relato, que es charla íntima, carente de tecnicismos retóricos.

## DE LIMA, PERU

En el Tomo XIX, Núm. 1, correspondiente al primer semestre de 1936, de los "Anales de la Facultad de Ciencias Médicas" de Lima, nos interesan especialmente a los médicos mexicanos y sobre todo a fisiólogos y psiquiatras, los siguientes trabajos: "Sobre algunas manifestaciones congestivas de orden cerebral en las eritemias de la altura", por el Dr. Carlos Monge; "La Psiquiatría y la Higiene Mental en el Perú", por el Dr. Honorio Delgado, y "Manifestaciones pulmonares del consejo del llano transportado a la altura", por el Dr. P. Mori Chávez.

## PUEBLO ENFERMO

Este año publicó Alcides Arguedas un libro del cual dice la Editorial Ecilla, de Santiago de Chile:

"Estamos ante un cuadro vivo de la nación boliviana, donde podremos reconocer desde su medio físico y sus razas, con las mezclas de ellas y el modo de ser de cada uno de los tipo resultantes, hasta su historia agitada y llena de convulsiones, sus caudillos ambiciosos y personalistas, sus hábitos políticos, su malestar social, su inestabilidad institucional.

"Escritor agudo, conocedor profundo de cada uno de los fenómenos de que nos habla, patriota de esos que manifiestan la verdad tal como la ven, aunque se malquisten simpatías, Alcides Arguedas no nos ofrece un cuadro optimista, pero sí real, que es lo primero para remediar los males. *Pueblo Enfermo*, dice, y su voz de historiador y de patriota se viene confirmando a través de los años, porque en cada punto donde señaló un síntoma, reventó la lacra cuando no se siguieron sus advertencias.

"Reuniendo tales condiciones, la lectura de este libro no sólo es indispensable para conocer a la auténtica Bolivia, sino también para conocer a cada uno de nuestros pueblos, porque en todos ellos hay mucho, muchísimo de lo que Arguedas apunta aquí respecto de su patria. El día

que se escriba acerca de cada uno de los países americanos una obra como ésta, el mutuo conocimiento de ellos se facilitará como si cayera un telón, y podrá mirarse ya de cerca a la confraternidad continental."

En el Capítulo I ("El medio físico opuesto al desarrollo material del país") llama la atención la semejanza topográfica y etnográfica de Bolivia con México. Los Capítulos II, III y IV acerca de la "Psicología de la raza indígena", de la "Psicología de la raza mestiza" y de la "Psicología regional" son amenos en veces, amargos otras; describe la empleomanía, la comedia legislativa, la psicología del diputado, su gusto por la oratoria ampulosa, su inferioridad mental y moral, la megalomanía en el Poder Ejecutivo. En el capítulo sexto trata "una de las enfermedades nacionales" admirablemente. La prensa como factor de corrupción, el rol social de la mujer, el alcoholismo y otras causas de decadencia física, el lodo y la sangre de la historia, las principales causas de la agitación política, las causas de esterilidad intelectual, son capítulos que interesarán al lector boliviano, pero también al mexicano y mucho más al psicólogo y al psiquiatra, como al sociólogo.

## AMIOTROFIAS Y PARALISIS

Así como Dufour empleó la anestesia clorofórmica al mismo tiempo que el suero contra el tétanos, Dodel y Foucher desalojan la toxina diftérica de su combinación con los lipoides nerviosos administrando agua cloroformada a la dosis de 30 a 60 c. c. diluída en un jarabe para evitar los fenómenos anestésicos, en el tratamiento de las parálisis diftéricas, obteniendo mayor éxito cuando además aplicaron el suero antidiftérico. Pero siempre usaron pocas unidades antitóxicas y casi siempre mejoraron las parálisis. Se publicó esto en *Paris Médical* y en *El Monitor Terapéutico* de agosto de 1937.

Maldelosi, en *El Policlínico*, opina que el estado displásico de la musculatura estriada, que constituye las miopatías, es la consecuencia directa de una lesión grave y progresiva del páncreas, que provoca trastornos del equilibrio ácido-básico y del metabolismo de los protidos, de los glicidos y de los lipidos; sobre todo carencia proteica. En las distrofias musculares progresivas aplica 6 meses de tratamiento por los extractos pancreáticos, asegurando buenos resultados. Viene esto a justificar la terapéutica por los ácidos aminados y a reforzarla.

**Sigma**  
 PRODUCTO **Sanyln**

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

COMODO, ECONOMICO, TOLERABLE Y EFICAZ.

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

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SEÑ. MEDICOS

**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 BIOLÓGICAMENTE 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 interesa 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**

## MUERTE IMPREVISTA ENDOCRINOPATICA

El Profesor Manara, en la Gazzetta Sanitaria de Milán (agosto 1937), hace una breve historia comentada acerca de la muerte imprevista. Trata la muerte súbita o repentina desde el punto de vista biológico, clínico y médico-legal. Pende consideraba la muerte imprevista cardíaca, cerebral, pulmonar, endocrinopática, emocional, anafiláctica y metereopática.

El cuadro nosográfico es tan antiguo como el hombre. Manara recuerda al soldado de Maratón, la narración de Leonardo da Vinci ("senz' altro movimento o segno alcuno d'accidente, ne fece notomia per vedere la causa de si dolce morte") y la de Morgagni ("dolce morte improvvisa e sulla morte repentina ex vitiiis vasorum"). Y termina haciendo notar que la primera infancia proporciona el mayor número de muertes imprevistas, dándole importancia al sistema linfático y al timo; que el niño es esencialmente neurovegetativo y sus reacciones más violentas y peligrosas para la vida. Es, pues, la neuroendocrinología la que explicará cada vez con más precisión el mecanismo de la mayor parte de las muertes imprevistas.

## DISTIMIAS

Son corregidas por medio de la acetilcolina. Dublineau y Doremieux comenzaron a emplear esta substancia en los desórdenes del carácter de los epilépticos, y después también han obtenido éxito en paranoicos y deprimidos. Ahora se pretende emplearla en los niños oligotímicos y en general en los niños anormales. La dosis es variable. Ferrer en la nota que al respecto publica en el Boletín del Asilo de Alienados de Oliva (Córdoba, Argentina) en junio de este año, señala 20 inyecciones de gr. 0.10, asociada al gardenal.

## ESQUIZOFRENIA Y EPILEPSIA

Basándose en el supuesto antagonismo de estos dos procesos, Meduna provoca paroxismos convulsivos epilépticos con objeto de mejorar a los esquizofrénicos; emplea de 4 a 50 gramos de aceite alcanforado al 25%, y por ser ésto muy molesto Kruger prefiere emplear de 3 a 10 c.c. de cardiasol, y lo mismo Gullotta. El 40% de curaciones que manifiesta haber obtenido Meduna no justifica emplear el procedimiento, mucho menos cuando no está demostrado el antagonismo esquizofrenia-epilepsia.

## WILLIAM A. WHITE

A los 67 años falleció el eminente psiquiatra norteamericano. Su labor fecunda se caracterizó por haber sido el divulgador de la obra de Freud, de Ferenczi, de Jung, en América; por haberse relacionado con la obra científica hispanoamericana (especialmente con el peruano Honorio Delgado); por haber dejado libros de importancia; por haber colaborado en la tarea de ligar psicología, psicoanálisis y psiquiatría; por haber concebido la higiene mental; por su especialización en psiquiatría infantil. Con motivo de su reciente muerte, se le rinde tributo a su memoria.

### UN RELATO

El sacerdote católico X. acababa de ser nombrado, a la edad de 34 años, vicario en Lockmariaquer. Era un hombre alto, moreno, con grandes ojos vivos y dulces al mismo tiempo, frente ancha y alta y abundantes cabellos negros. Parece ser muy bueno y tener energía. Como adoraba las flores compartía su tiempo ejerciendo su ministerio y cultivando su jardín.

Apenas pasadas algunas semanas, recibió una carta de una mujer declarándole su amor: la primera vez que le había visto se había enamorado de él y ya no pensaba sino en su adorado, espionando sus idas y venidas para poder verle; pero la carta no estaba firmada. Mucho le admitió ésto, mas después de haber reflexionado, creyó que se trataba de una loca. Algunos días después recibió una segunda carta tan apasionada como la primera.

Siendo sacerdote por vocación, había renunciado voluntariamente al amor. Por eso a la tercera carta, que recibió algo más tarde, decidió que marlas todas sin siquiera leerlas, y así lo hizo durante 21 años, porque si las cartas se espaciaron, nunca cesaron de serle enviadas y nunca trató de conocer a la persona que se las escribía.

De esta manera envejeció lentamente cuando un día fué llamado a la cabecera de una moribunda, por el marido de ésta, que vino a buscarle.

El vicario sólo la conocía de vista, pues no había sido ni su confesor ni su director. Pero sabía que siempre fué reputada por su belleza y por sus buenas costumbres y que siempre también guardó fidelidad a su marido y que había muy bien criado a sus tres hijos.

Cuando fué a verla, el marido quiso retirarse, pero su mujer exigió su presencia, porque era preciso que él oyera también lo que tenía que decir y empezó a hablar de la manera siguiente:

—Yo, soy quien le enviaba las cartas, porque usted es el hombre que amé más y engañé a mi marido con la intención. No lo podía remediar, pero siempre pensaba en usted.

El marido, pálido, quiso salir y ella le suplicó que se quedara porque deseaba, ante dos seres que habían ocupado su vida, descargar su conciencia antes de comparecer ante Dios.

Poco faltó para que el marido se encontrara mal y el sacerdote le sostuvo diciéndole:

—Vamos, sea usted fuerte, pues yo no puedo acusarme de haber cometido la menor falta. Además, piense en que todas las pasiones son locuras.

Y ella seguía contando que habiéndose casado con su marido porque verdaderamente le quería, el día que le vió (al párraco) le amó de una manera apasionada y de otro modo que a su esposo. Por irse con él habría abandonado todo, aun sus mismos hijos: Ella siempre trató y se esforzó en olvidarle mas nunca pudo conseguirlo.

La moribunda pidió perdón a los dos. El marido lloraba silenciosamente y el sacerdote quiso retirarse con pretexto de ir a buscar y enviarle su confesor, pero el marido le rogó que permaneciera allí porque él se encargaría de ello.

Entonces ella se confesó y habiendo entrado en la agonía, murió a la aurora.

Ocho días después, el párroco recibió la visita del marido que le dijo amigablemente:

—Si en ello no ve usted inconveniente alguno, le ruego que me dé todas las cartas que mi mujer le envió, porque desearía poseerlas.

El sacerdote le contestó que las había quemado y que únicamente había leído las dos primeras. Y ofreciéndole, según es costumbre en ese país, las guindas conservadas en aguardiente, le consoló diciéndole:

—Ea, no piense usted más en ello, su mujer murió cristianamente y las cartas fueron reducidas a ceniza. No vea usted más en ella sino a la madre de sus hijos y consérvele un buen recuerdo. Y se separaron amistosamente.

El marido murió después, los hijos ejercen ya oficios y el cura está en otra parroquia.

Y al contarme esta historia, me dijo que él había encontrado estúpido que la moribunda hubiera declarado su pasión ante su marido, puesto que iba a confesarse. El pesar del marido le había causado más emoción que las cartas amorosas de su mujer.



# BI-YO-GLICOL

INFANTIL  
REG. N° 15385. D.S.P.



ADULTOS  
REG. N° 14926 D. S. P.

# INDOLORO.

**SIFILIS**  
EN TODOS SUS PERIODOS  
BISMUTO en FORMA  
ANIONICA  
ELECTRONEGATIVA

*Sabinaf.*

MUESTRAS Y LITERATURAS:  
**SANYN, APARTADO 2612 - MEXICO, 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.

Y yo me preguntaba si por parte de esta última no había habido un sadismo inconsciente."

(Doctor EIFER, "Revista Moderna de Medicina y de Cirugía", año 35, núm. 7, julio de 1937.)

## NACIONALIZACION MEJOR QUE SOCIALIZACION

En el Boletín Informativo de la Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión" (Año IV, núm. 14, 8 julio 1937) léese algo que interesa también a los mexicanos, por la analogía del caso y porque se refiere a un problema que se ha descuidado por atender el sindicalismo y la socialización, y la verdad es que debe empezarse por el principio:

"La nacionalización es un imperativo que nadie en el mundo puede negar. La nacionalización del ejercicio de las profesiones se impone, hoy más que nunca, como medio de defender a nuestra profesión; y estamos seguros que ningún colega mira con desafecto tal campaña, que tiende a laborar por el beneficio de la colectividad médica nacional. La gran cantidad de profesionales extranjeros que en la actualidad milita en nuestro territorio, nos obliga a una mayor defensa; son generalmente, introductores de normas deontológicas innobles, que ponen en juego para hacer la competencia a los profesionales que se debaten en aguda crisis y están en la imperiosa necesidad de pedir al Estado armas de defensa contra tan desleal pelea. Todos los profesionales peruanos cumplen con sus obligaciones hacia el Estado y están en su derecho al pedir una ayuda que venga a salvarlos de tan nefasto enemigo, que no busca en tierra extraña nada de provecho para la nacionalidad: vienen, por el contrario, en busca del vellocino de oro, para colmar sus ansias de lucro y dejar tras de sí una estela de amarguras y costumbres deontológicas reñidas con toda moral profesional.

Contemplando lo que pasa en países vecinos, anotamos que los Sindicatos de Argentina, Brasil y Chile, se han hecho dar leyes especiales que exigen la protección de los profesionistas nacionales. Esas legislaciones van más lejos: algunas han obligado a salir fuera del país a profesionales extranjeros que no han querido nacionalizarse y cumplir los requisitos correspondientes; impidiéndose, también, el ingreso de nuevos profesionales.

## LA INMIGRACION HEBREA Y LA NEUROLOGIA

Ahora que se habla tanto de la invasión judía en México, bueno es asentar que, desde el puunto de vista neuropatológico, la abundancia de

judíos ha dado oportunidad para observar y tratar padecimientos raros en otras razas. En los Estados Unidos hay eminentes neurólogos entre los judíos, y, aquí, por lo menos, hay interesantes casos clínicos entre los israelitas. Pocos años después de graduado en medicina y cirugía, desesperaba yo de encontrar algunos padecimientos interesantes que describen los autores en los tratados de Neurología y de Psiquiatría; últimamente, el hijito de unos hebreos que además eran primos hermanos, inició la serie de interesantes casos que, gracias a la inmigración semita, estamos tratando ya con gran frecuencia. Es doble la aportación hebrea, pues, a la Neurología; por una parte ha dado al mundo eminentes neurólogos, y por la otra numerosísimos neurópatas de gran interés clínico.

### EL ESTADO PELIGROSO

Sobre algunos de sus formas clínicas no delictivas ha publicado un interesante libro la Dra. Susana Solano, de Lima, Perú. Débese en buena parte esta obra al catedrático de Criminología de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad de San Marcos, Profesor Dr. Carlos A. Bambarén. En dicho libro la autora hace aportaciones personales derivadas de las enseñanzas de Von Litz, Prins, Von Hameí, Grispigni, Jiménez de Asúa y otros. Después del concepto de "temibilitá" de Garófalo, de "inmanenza criminale" de Sabattini y de "peligrosidad criminal y social" de Ferri, se ha llegado a la concepción del "estado de peligrosidad". El libro que se cita aquí puntualiza lo que hoy se sabe al respecto y termina propugnando la implantación de un Código Preventivo de Defensa Social, que vendría a ser en Derecho lo que la Profilaxis y la Higiene son en Medicina. Los compañeros que en México se dedican a Criminología y Prevención Social y que cuentan con el apoyo oficial, ya deberían haber hecho algo en este sentido.

### ENFERMEDADES ANEMIZANTES DEL TROPICO EN RELACION CON CEREBROPATIAS

Los Dres. Wernes Rotter y Peña Chavarría, del Hospital de San Juan de Dios (San José de Costa Rica), publican un trabajo con interesantes grabados en la Revista de la Policlínica de Caracas (Venezuela, junio 1934), acerca de la Influencia de las Enfermedades Anemizantes del Trópico en la Fisiopatología del Cerebro. Resumiendo lo apuntado indican que los factores anemiantes, que por excelencia ocurren en el tró-

pico (la anquilostomiasis, las enfermedades de la nutrición y el paludismo), pueden favorecer una "constitución hidrópica" que determina cambios sanguíneos y alteraciones anatómicas, produciendo una ruptura de la barrera hematoencefálica que predispone a la trombosis, como sucede en la anquilostomiasis, o a la trasudación plasmática, como en el paludismo. Cuando estas alteraciones tienen lugar en los territorios vasculares del cerebro, se producen alteraciones anatómicas que dan la explicación fisiopatológica de ciertos trastornos mentales y nerviosos observados por los clínicos en las enfermedades anemizantes del trópico.

# VERONIDIA

**THERAPLIX**  
(Antes A. Buisson)



EN EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO Y DE LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS.

CALMA LA AGITACION DE LOS NEUROPATAS EQUILIBRA EL SISTEMA NERVIOSO.

- INSOMNIO DE LOS FATIGADOS
- INSOMNIO EMOTIVO
- INSOMNIO POR EXCITACION NERVIOSA
- INSOMNIO EN LA NEURASTENIA

**FORMULA :**

Diethylmalonilurea.....	0 gr.	017
Extracto Fluido de Passiflora.....	0 "	011
Glicerina .....	0 "	250
Agua.....	0 "	472
Alcohol.....	0 "	250

Cantidad para 100 Grms.

SEDANTE Y ANTIESPASMODICO

PROP. NO. 3272

REG. NO. 4091 D. S. P.

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION Y BAJO LA VIGILANCIA MEDICA

Representante para la República Mexicana:

**MAX ABBAT**  
Apartado 62

México, D. F.

Lucerna 47

## Miopatía Primitiva

Historial Clínico por el alumno  
ENRIQUE PORTILLO, del 3er.  
Curso de Clínica Médica a cargo  
del Doctor S. Ramírez Moreno

Consuelo Carranza, de 37 años de edad, 43 kilos de peso, con altura aproximadamente de 1 mt. 60 cms., natural de Cotija, Mich., y de oficio profesora de Escuela, es examinada en la Clínica los días 17 y 19 de abril de 1937.

*Inspección General.*—Persona del sexo femenino, de constitución delgada, tipo longilíneo; llega a nosotros por su propio pié, pero evidentemente tiene dificultades para la marcha ya que se apoya en otra persona para efectuarla; observándola con más cuidado vemos que su manera de andar es como si sus miembros inferiores estuvieran algo rígidos; al mismo tiempo se observan salientes las regiones glúteas, y mayor acentuación de la ensilladura lumbar. En la expresión de su cara no observamos nada de particular. Contesta a nuestras preguntas, con claridad y propiedad en el lenguaje y precisión en las ideas.

*Antecedentes personales patológicos.* — Sarampión y paludismo en 1927. Viruela cuatro meses antes del padecimiento actual. Antecedentes tuberculosos y sifilíticos: no existen.

*Antecedentes personales no patológicos.* — Nació a término, bien conformada, la aparición de los dientes y del habla fueron normales, así como el principio de sus primeros pasos. Su conducta infantil no ofreció ningún detalle digno de atención: tranquila, obediente, pacífica, con inclinaciones naturales a las ocupaciones propias de la mujer. El despertar de su inteligencia normal, así como su comportamiento escolar. Ha vivido la mayor parte de su vida en Michoacán.

*Antecedentes familiares.* — Ascendientes: padre alcohólico y neurótico antes y al engendrar a la enferma. Madre aparentemente sana. No ha

habido descendientes. Colaterales: Un hermano sano aparentemente, salvo una impotencia funcional del brazo izquierdo debido a una herida que recibió hace tiempo. No hay más datos por lo que se refiere a padecimientos nerviosos familiares.

*Padecimiento actual.*—Período de principio. Refiere la enferma que su enfermedad data de 16 años a la fecha; dice ella y de lo cual dudamos, que su aparición fué brusca y consistió en que un día al tratar de levantar el brazo izquierdo, no logró hacerlo con la agilidad y soltura que lo hacía, sintiendo una pesadez y debilidad de dicho miembro al ejecutar los movimientos. Este trastorno fué aumentando de intensidad lentamente y sin que la enferma nos precise con claridad, el tiempo que transcurrió. Este trastorno comenzó a presentarse en los miembros inferiores y de ellos más el izquierdo.

La enferma sentía una gran torpeza al caminar y se caía con frecuencia debido a que dichos miembros no la sostenían con el vigor necesario; esta molestia en las piernas fué aumentando también progresivamente al grado que después no pudo correr y para levantarse, estando sentada, necesitaba de la ayuda de otra persona.

Fuera de esta debilidad, la enferma no sentía ninguna otra molestia. No había dolores, calambres o parestesias, ni nunca vió en los músculos de esos miembros contracciones fibrilares, lo que sí comenzó a observar tiempo después del principio, 5 ó 6 años estima la enferma, ya que no lo precisa debido a la evolución misma del padecimiento; decíamos empezó a notar, adelgazamiento en la parte posterior del tórax y abdomen, los músculos de los canales vertebrales comenzaron a atrofiarse, haciéndose notable para la enferma las salientes óseas de la columna vertebral y de los omóplatos, los cuales se han "saltado", nos dice la enferma; notable se hizo también la disminución del volumen de los músculos de la cintura pelviana en su parte posterior. Por este tiempo no había notado nada en sus brazos y piernas. Así estuvieron marchando las cosas lenta y progresivamente por espacio de 10 a 12 años y entonces por esta época, apareció una marcada debilidad en el brazo derecho que hasta entonces se había conservado indemne; en este miembro la astenia progresó más rápidamente, al grado que en un año llegó a la intensidad que tenía el miembro superior izquierdo; queremos hacer observar que esta astenia es sobre todo para los movimientos de abducción de los brazos sobre el tronco. Entonces comenzó ella a darse cuenta de que los brazos también le estaban adelgazando en el extremo proximal de ellos. Fuera de estas atrofiaciones, la enferma no ha notado en otros lugares, por ejemplo, cuello, miembros superiores en su extremidad distal; los miembros inferiores han con-

servado su volumen normal desde sus raíces. Ya lo hemos dicho antes pero queremos insistir que fuera de lo anotado la enferma no ha tenido otras molestias. Al llegar a este punto es decir 13 ó 14 años, después del principio, la enfermedad entró en un período de estacionamiento que conservó hasta hace un año, en que siente ella que su debilidad ha aumentado, se le caen las cosas de las manos, aunque sean de poco peso no puede sostenerlas, camina con más dificultad, sus miembros inferiores la sostienen más difícilmente y la fatigabilidad de los miembros con los movimientos ha aumentado.

*Estado psíquico actual.*—La enferma ha cambiado de carácter. Se ha hecho retraída, no le agrada que los demás sepan su mal. Hiperemotividad. Preocupación intensa por su enfermedad. Atención inestable, se ha hecho algo distraída. Memoria disminuída.

*Aparato Digestivo.* — Masticación y deglución perfectamente normales. Disminución del apetito, ligero estreñimiento. El resto normal.

*Aparato genital.*—Empezó a menstruar a los 16 años, regular cada 24 ó 25 días, durante 4 ó 5 días, con trastornos y dolores premenstruales así como aparición previa de flujo.

El resto de aparatos y sistemas incluyendo el nervioso y los órganos de los sentidos, no dan ningún dato patológico; hacemos un hincapié en un dato negativo de mucha importancia: En el caso presente, no hay trastornos en el funcionamiento de los esfínteres anal y vesical.

*Estado General.*—Astenia, enflaquecimiento, palidez.

## EXPLORACION FISICA

*Motilidad General.*—Marcha; ésta presenta serias dificultades para llevarse a cabo; la enferma camina con las piernas ligeramente abiertas, y con rotación hacia afuera, como tratando de aumentar la base de sustentación, las rodillas gozan de movimientos, no así las articulaciones coxofemorales que parecen rígidas y de esta manera hacen que la pelvis bascule hacia delante y abajo, resultando así una mayor saliente del sacro hacia atrás y como consecuencia aumento de la curvatura lumbar que compensa así la inclinación de la pelvis; por otra parte advertimos que la enferma muestra fatiga e inseguridad en los pasos.

*Cara.*—La palpación de los músculos no nos dá datos anormales, su volumen y consistencia son normales, al hacer la exploración dinámica nos llama la atención cierta insuficiencia del músculo frontal, la enferma no arruga la frente normalmente, está disminuído este movimiento; también notamos paresia, aunque no muy acentuada, del músculo orbicular de los

labios, las maniobras de soplar y chiflar se hacen con dificultad e incorrectamente a la simple vista dá la impresión de que el orbicular está algo atrofiado, sin que se pueda comprobar. La motilidad de los otros músculos (palpebrales, mejilla, etc.), son normales, así como el tono de ellos. Los reflejos naso-palpebral y maseterino existen con caracteres normales.

En los ojos no encontramos nada anormal, los movimientos de los globos oculares normales. Las pupilas normales en cuanto a sus caracteres físicos estáticos, los diferentes reflejos pupilares son perfectamente normales.

Al examen de la boca el único dato anormal que nos proporciona es que existe temblor en la lengua, al llevarla la enferma hacia afuera.

Cuello normal en sus movimientos, en sus músculos y vasos, no se palpan ganglios ni en la parte anterior ni en la nuca.

*Tórax.*—Por la inspección en la cara posterior, vemos las salientes que hacen los bordes internos de ambas escápulas, la saliente pronunciada de la línea espinosa vertebral; a la palpación encontramos atrofiadas en ambas fosas infraescapulares, y las masas sacro-lumbares, las fosas supraescapulares y el trapecio son normales.

La exploración clínica de los órganos de la respiración y de la circulación nos proporciona datos normales.

*Abdomen.*—Cara anterior: normal en su forma; volumen y superficie: al pedir a la enferma que haga esfuerzos, se nota que el vientre se abomba regularmente y se ven las contracciones parietales verificarse con un tono normal. A la palpación de la pared encontramos un pániculo adiposo degado, la superficie cutánea no ofrece nada de particular, la palpación de los músculos tanto estática como dinámica nos enseña unos músculos de tono, consistencia y volumen normales. Los reflejos cutáneos están obligados. La palpación profunda no nos enseña nada digno de mención.

## MIEMBROS

*Superiores.*—La inspección de los hombros solamente pudimos hacerla a través del vestido; sin embargo apreciamos ambos hombros caídos, dirigidos hacia delante y más angulosos que lo normal; la inspección de los antebrazos y manos nos revela éstos normales, en su forma, volumen y situación.

Al pedir a la enferma que ejecute algunos movimientos, encontramos lo siguiente: movimientos del hombro, notablemente disminuídos de amplitud y de ellos el más difícil de ejecutar es la abducción del brazo,

notándose más acentuada la dificultad en el brazo derecho; este brazo la enferma no alcanza a llevarlo hasta el plano horizontal, y si lo consigue nacer algunas veces, es ejecutando una propulsión, por medio de un balanceo que imprime a dicho brazo antes de levantarlo. El brazo izquierdo consigue levantarlo un poco más alto; ambos hombros los levanta con facilidad; los movimientos activos de las articulaciones del codo, puño y dedos, en ambos brazos, son normales.

Los movimientos pasivos se hacen con bastante facilidad y los movimientos de las articulaciones son más amplios que lo normal. A la palpación de las masas musculares, percibimos ambos deltoides, atrofiados notablemente, sensiblemente iguales los dos; casi han desaparecido en la parte superior, cerca de su inserción inferior observamos que están voluminosos; el bíceps de ambos brazos también casi ha desaparecido y en igual grado en los dos; se palpa el húmero en su cara anterior con facilidad; éste es sub-cutáneo casi.

Los triceps están menos atrofiados.

Músculos del antebrazo, normales. Las manos parece ser que se empiezan a aplanar y comienza a presentar atrofia de las eminencias tenar e hipotenar, pero ésto es apenas perceptible.

La fuerza muscular está disminuída más en el brazo derecho que en el izquierdo, la exploración al dinamómetro nos da 10 5 para el derecho, y 17 para el izquierdo.

De los reflejos investigados en el miembro superior derecho, el único que responde debilmente es el tricipital; los demás, abolidos.

*Miembro superior izquierdo.*—Tricipital: abolido. Bicipital: no existe; radial, cubital, flexor y extensor presentes, con una intensidad normal.

La escritura de la enferma en general es correcta; sin embargo, lo hace con un poco de dificultad y necesita apoyar bien la mano para hacerlo.

Pulso radial: amplio, rítmico, igual, de tensión normal y de una frecuencia de 75 por minuto. La tensión arterial nos da un valor de 105 milímetros de Hg. para la máxima y 85 para la mínima.

*Miembros inferiores.*—Inspección a través de la ropa; glúteos notablemente disminuídos de volumen, a la palpación consistencia muscular perdida, anotamos el mismo fenómeno; atrofia en su inserción superior, en la inferior aumento de volumen, músculos de los muslos y piernas normales en volumen y tono; arreflexia rotuliana en ambas piernas.

Al pedirle a la enferma que haga movimientos con los miembros, tales como levantarse estando sentada, hacer sentadillas observamos la gran dificultad que tiene para ello, el movimiento no es regular, se verifica

bruscamente, al levantarse se hace apreciable la ensilladura lumbar muy acentuada, al incorporarse estando la enferma sentada en el suelo, casi no puede, hay necesidad de levantarla, revela en su cara el gran esfuerzo que hace para ello.

La investigación de las sensibilidades superficial y profunda y de ésta, sentido de las actitudes segmentarias, peso, vibración, etc., nos da datos absolutamente normales, las dos están íntegras.

## DATOS DE GABINETE UTILES PARA EL DIAGNOSTICO

*Electrodiagnóstico.*—El valor numérico de la cronaxia se encuentra normal o ligeramente por encima de ello, ligeramente aumentado en el lado izquierdo con relación al derecho.

No existe reacción de degeneración.

Conducción neuro-muscular normal o casi normal.

Isocronismo neuro-motor: normal.

La reacción miasténica de Jolly está presente y revela disminución en la duración de la tetanización de los músculos atrofiados.

## DIAGNOSTICO

Diagnóstico Anatomoclínico: Padecimiento localizado al sistema muscular, pero circunscrito a determinados grupos: cintura escapular (serrato, infraespinosos, redondos, romboides, deltoides). En los brazos el bíceps bastante atacado y el tríceps menos. Músculos de las canaladuras vertebrales. Cintura pelviana, glúteos muy atacados.

Diagnóstico Anatómo-Patológico. Lesiones de atrofia en los músculos antes mencionados, con desaparición o disminución de su volumen y en algunos como deltoides y glúteos, pseudohipertrofias parcelarias.

Estas atrofias son simétricas, tanto en situación anatómica, como en grado de ataque.

Diagnóstico Fisiopatológico. Trastornos con hipocapacidad funcional de los músculos enfermos, con disminución del tono y del poder dinámico revelados por la fatigabilidad precoz de estos músculos al verificar movimientos tanto activos de acción como situación pasiva de reacción; esto es clínicamente, ahora desde el punto de vista de Laboratorio se encuentra una disminución de la duración de la tetanización provocada por la faradización de los músculos enfermos. Esta disminución del tono y la capacidad funcional residen en los músculos mismos estando indemnes los

nervios correspondientes, así lo revelan el valor numérico de la cronaxia que es normal o ligeramente aumentada, la ausencia de reacción de degeneración, las condiciones normales de la conducción neuro-muscular y el isocronismo neuromotor.

Diagnóstico Nosológico: MIOPATIA PRIMITIVA, tipo distrofia muscular progresiva de forma juvenil.

Decimos que es una miopatía primitiva, por las siguientes razones:

Los hechos clínicos de inspección, palpación, que nos revelan la disminución considerable de las masas musculares ya anotadas; el interrogatorio, que nos muestra la dificultad y limitación de los movimientos, con astenia marcada en los sectores musculares ya dichos, con integridad de la estructura osteoarticular, la impotencia funcional de que ya hemos hablado; todo ello aboga por la existencia de un padecimiento muscular, es decir una miopatía; ahora bien, el carácter de primitiva se lo asignamos por:

Lentitud en la evolución: 16 años. Distribución topográfica de las amiotrofias, que se localizan en las extremidades proximales de los miembros, ausencia de amiotrofias distales; las manos conservan su volumen y forma normales, pueden ejecutar movimientos finos y de precisión como escribir y coser. Ausencia de trastornos medulares y nerviosos periféricos. No existen trastornos esfinterianos ni de las sensibilidades, no ha habido contracciones fibrilares.

La marcha misma de la enfermedad paulatina, lenta, simétrica y bien localizada. Por último, los datos más importantes y que expusimos al hablar del diagnóstico fisiopatológico: las reacciones eléctricas nos hablan de la alteración primaria de los músculos con integridad funcional de los nervios correspondientes.

Por otra parte, la aparición del padecimiento tórpido y en la segunda década de la vida de la paciente, su marcha atrófica progresiva, el comienzo por el cinturón escapular, la ausencia de manifestaciones faciales (aunque sin embargo exista ya ligera insuficiencia en los músculos elevadores de la frente y en los peribucales), nos hace clasificar el padecimiento como una distrofia muscular progresiva de forma juvenil.

Diagnóstico Etio-patogénico.—En general la etiología de este padecimiento se desconoce; en el caso presente existe el hecho de que la paciente fué engendrada en una época en que el padre era bebedor alcohólico activo; pero nuestra opinión personal es que este factor no fué la causa determinante y tal vez si acaso nada más fué una causa adyuvante, (y esto para excusar nuestra ignorancia sobre el asunto) sobre una alteración más honda y más profunda y que desconocemos por completo.

En cuanto al asunto patogénico, se ha dicho ultimamente que trastornos en la inervación simpática de los músculos, condicionan las atrofas musculares que nos ocupan.

Diagnóstico Integral.—Mujer de 37 años de edad, con las grandes funciones vitales normales, y buen estado general, indemne de taras infecciosas o tóxicas, padeciendo atrofia muscular primitiva y progresiva que ya ha hecho disminuir considerablemente los movimientos voluntarios y otras funciones de ciertos segmentos de las cuatro extremidades.

Pronóstico.—En cuanto a los órganos afectados es fatal; las lesiones no regresan, antes bien irán progresando. En cuanto a la vida y de ésta la somática, es benigno. No es un padecimiento que mate por sí mismo, las condiciones orgánicas y funcionales de los diferentes aparatos y sistemas parecen estar en buen estado.

Por lo que se refiere a la vida psíquica, aquí sí creemos que se produzcan trastornos de importancia; la enferma es una persona joven, de cultura regular, que se verá condenada a arrastrar una vida semi-inválida; ya hemos podido apreciar que la enfermedad ha producido sobre la esfera psíquica algunas alteraciones tales como cambio de carácter, hipermotividad, tendencia al aislamiento (tal vez por complejo de inferioridad)

**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.

temor al medio que la rodea de que se aperciba de su sufrimiento; en fin, creemos que tal vez con el tiempo se lleguen a crear estados angustiosos u obsesivos dependientes de una psicosis situacional.

El tratamiento es nulo; tal vez el masaje, la gimnasia, la electroterapia, pudieran mejorar en algo al padecimiento.

Recientemente los autores americanos, han introducido en la terapéutica de éste padecimiento, los aminoácidos y de ellos la glicocola y la histamina principalmente, aseguran ellos haber obtenido resultados satisfactorios, mejorando bastante el estado de sus enfermos sin llegar a curarlos completamente.

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.

