

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL



Propiedad de la **BIBLIOTEC**
Academia N. de Medicina
de México **CENTRAL**

SUMARIO:

NUEVOS HORIZONTES. — *Por el Dr. Gabriel M. Malda.*

ACERCA DE LOS NUEVOS METODOS DE TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA.—*Por el Dr. Honorio Delgado.*

ALGUNOS DATOS EXPERIMENTALES ACERCA DE LA PATOGENIA DEL EDEMA PAPILAR.—*Por el Dr. Raúl Arturo Chavira.*

INFORME DEL ESTUDIO PSIQUIATRICO Y MEDICO-LEGAL DEL ASESINO DEL PROF. DR. OSCAR FONTECILLA.
Por los Dres. Vidal, Quiroga e Iturra.

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

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

VOL. V

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 25

MAYO DE 1938

MEXICO, D. F.

Quimofarma

FABRICA DE PRODUCTOS QUIMICOS Y FARMACEUTICOS

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



Tiene el honor de ofrecer al H. Cuerpo Médico el

BILUSAN

Reg. D. S. P. 18373

Novísimo preparado bismútico en solución acuosa.

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 V. NUMERO 25. 1o. DE MAYO DE 1938. MEXICO. D. F.

Registrado como artículo de 2a. clase el 22 de febrero de 1938.

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.

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.

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 REPUBLICA

DISTRITO FEDERAL: Dres. José León Martínez, Arturo Baledón Gil, Antonio Tena Ruiz y Miguel Lavallo.
AGUASCALIENTES: Dr. Salvador Martínez Morones.
BAJA CALIFORNIA: Dr. Raúl López Engellking.

CAMPECHE: Dr. Tomas Quijano.
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: Dres. Adolfo Saucedo y Fernando de la Cueva.
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

ARGENTINA: Prof. Dr. Osvaldo Loudet, Dr. Helvio Fernández, Dr. Gonzalo Bosch, Dr. José Belbey y Dr. Mario A. Sbarbi.
BRASIL: Dres. Plinio Olinto, Heitor Peres, José Mariz y José Lucena.
CUBA: Dr. Manuel Galigarcía.
COSTA RICA: Dr. Roberto Chacón Paut.
CHILE: Dr. Juan Garafulic.
ECUADOR: Dr. Julio Endara.
ESPAÑA: Dr. Antonio Torres López.
ESTADOS UNIDOS: Drs. I. S. Wechsler, M. M. Kessler, G. S. Waraich, William C. Menninger, Ralph M. Fellows, Leo Stone, Karl Menninger y Maurice N. Walsh.
FRANCIA: Prof. Dr. Henri Claude, Prof. Dr. Genil-Perrin y Dr. Paul Schiff.
GUATEMALA: Dr. Gustavo Adolfo Trangay.
ISLAS FILIPINAS: Dr. Sixto de los Angeles.
NICARAGUA: Dr. Emilio Lacayo.
PERU: Dr. Honorio Delgado y Dr. Baltasar Caravedo.
URUGUAY: Dr. Atonio Sicco.
VENEZUELA: Dr. León Mir y Dr. J. N. Palis

En el exterior, se invita principalmente a todos los médicos mexicanos, de manera extensiva y particular a los especialistas de habla castellana y en general a todos los neuropsiquiatras que deseen el intercambio.

Propiedad de la
Academia N. de Medicina
de México

LABORATORIO MEDICO

DEL

DR. LUIS GUTIERREZ VILLEGAS

DEDICACION EXCLUSIVA A EXAMENES
DE LABORATORIO

Bacteriología - Serología - Química - Pruebas

Funcionales - Metabolismo Basal

Vacunas Autógenas - Antígeno metílico tuberculoso.

TELEFONOS: MEXICANA, L-76-56

PLAZA DE LA REPUBLICA No. 52

ERICSSON, 3-41-31

MEXICO, D. F.

NEUROTONINE

RG. 15314

SEDANTE.

HIPNOTICO.

ANTIESPASMODICO.

FORMULA:

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

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.



BIBLIOTECA
CENTRAL

Nuevos Horizontes

Por el Doctor
GABRIEL M. MALDA

Hace unos cuantos días recibía una carta del fundador de esta Revista, el Sr. Dr. Samuel Ramírez Moreno, en la que amablemente me invitaba para escribir estas líneas. Los lazos de amistad y cariño que siempre nos han unido al partir de mi vida docente, son indudablemente los motivos de tan gentil distinción. Vive aún un pensamiento que se ha expresado en apotegma, "que los tiempos cambian y nosotros con ellos"; pero a los que enuncian este aforismo me permitiría recordarles que hay en la vida psicológica algo, que cuando ha nacido desinteresado, espontáneo, y mutuo, nunca se desvanece y cambia, sino se afirma y perdura, "son los afectos". Tengo el inmenso gusto de ver que hoy como ayer el corazón delicado y fino de mi antiguo discípulo de clínica quirúrgica es el mismo, misma también su bondad, y exquisita educación; pero una imaginación viva y deseosa de avance y de progreso tenía que emprender vertiginosa carrera en el sendero de la vida, tenía que avanzar a pasos agigantados para enarbolar la bandera del triunfo, y decir ¡así se trabaja, así se lucha!

Todos estamos convencidos de la influencia que tiene el medio en que se vive, el medio que rodea para el desarrollo de nuestros destinos. Los psicólogos están de acuerdo que el dolor es una fuerza poderosa de empuje, una fuente de nobleza, una fuente de renovación. Quien ha despertado en los albores de su vida profesional, escuchando lamentos, imprecaciones, viendo mímicas pasionales, las gesticulaciones de un padecimiento, las miradas del paroxismo del dolor y las lágrimas incontenibles por una impotente terapéutica, tenía que protestar ante aquella vida presente y soñar con una renovación en busca de alivios y consuelos para aquellos desheredados de la fortuna, heridos por la mayor desgracia a mi entender, "la razón perdida". En este ambiente de dolores y sufrimientos desarrolló su especialidad el fundador de esta Revista. Ha mirado

siempre adelante, y con dinamismo plausible, de año en año nuevos y brillantes trabajos se ven aparecer, todos calzados con firmas significativas, despertando gran interés y demostrando una vez más los grandiosos problemas de la Psiquiatría y de la Neurología. ¡Renovarse, nada más necesario en la vida misma! ¡Pobres de aquellos que quieran vivir como viven en el momento presente! ¡Qué lejos están de la realidad de la vida! ¡La vida es marcha continua, es conquista sin fin!

El ambiente del dolor no sólo estimula la renovación sino eleva el alma a la nobleza; es noble, sacrificar intereses y dejar afectos y comodidades, abandonando la patria para ir a tierras lejanas en busca de enseñanzas y conocimientos proporcionados en los Congresos y manicomios.

La Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal, hoy inicia cinco años de vida, y continuará viviendo, porque no puede morir ninguna producción que tiene fondo, que tiene fines desinteresados y altruistas.

En nuestro medio, muchos de los periódicos científicos pasan inadvertidos porque no se leen, o porque no se publican con difusión; esta Revista se lee y se difunde más allá de fronteras y mares. Como prueba de mi aseveración está el artículo escrito en la "Reforma Médica", de Lima (Perú), número del Julio 10. de 1937, donde hace todo elogio a este periódico y afirma que sin los protocolos de la diplomacia, la prensa médica une los espíritus y los corazones colaborando a la concepción suprema de "América un continente de paz". De igual modo en la República de Cuba me han hecho comentarios elogiosos de este periódico médico, y en hospitales de París idóneos con la especialidad se recibe la Revista y hablan de sus interesantes artículos. Entre sus colaboradores hay nacionales muy conocidos, y extranjeros cuyos nombres merecen mencionarse: Honorio Delgado y Baltasar Caravedo, del Perú; Julio Endara, del Ecuador; Torres López, de España; Osvaldo Loudet, Helvio Fernández, Gonzalo Bosch, José Belbey, Mario Sbarbi, de Argentina; León Mir, de Venezuela; Elio García Ausst, del Uruguay; Wechsler, Walsh, Menninger, Fellows, Waraich, de Estados Unidos; José Mariz, del Brasil; Sixto de Los Angeles, de las Filipinas; Claude, Genil-Perrin, Schiff, de Francia, etc., etc. Debe estar muy satisfecho el fundador de esta publicación. ¡Cuando los fines corresponden a los esfuerzos es el triunfo de la vida!

Otro atributo del periódico es el estar al alcance del médico que no cultiva la especialidad, tarea difícil pero lograda por los temas variados de sus artículos y la forma diferente de presentarlos. "El contraste" es el atributo indispensable del "meneur" mediano obrando sobre la mucha dumbre dispersa. Para que una idea y un sentimiento extraños y opues-

tos a nosotros puedan invadirnos es preciso que se infiltran lentamente, a menos que el cerebro no se halle de largo tiempo preparado a recibirlos. Y una vez filtrados es preciso aun que entren en lucha con nuestro estado consciente venciendo y atenuando ciertas dificultades y cierta visión rígida, lo cual sólo puede suceder de un modo lento y repetido, casi por substitución molecular. Y ninguna tal vez llega a tanto, como la manifestación impersonal y repetida infinito número de veces del pensamiento traducido por medio del libro, la revista, y el periódico.

Mientras el "meneur" inmediato obra sobre la muchedumbre congregada, por similitud, el "meneur" mediato obra sobre la muchedumbre dispersa, por contraste.

Una revista que afoca sus miras a la psiquis y al sistema nervioso en general, debe admirarse su valentía; porque los grandes problemas de la medicina generalmente enmudecen al enfrentarse con el sistema nervioso. Cuando el médico se encuentra ante la clínica nerviosa, cuando asiste a su expresión más frecuente y vulgar, "el dolor", lo mira el profesionalista como un verdadero acicate, como un estímulo para duplicar su energía, y cuando una barrera de dificultades parecele presentarse que amenaza aplastarlo o anonadarlo, entonces el hombre valiente se crece, y toma el obstáculo como un estímulo más, interpuesto en su camino para saltar encima de él, e ir más lejos. Así se ha ido formando esta clínica de enfermedades nerviosas y mentales que tiene aún tantas incógnitas que resolver.

Editar en nuestro medio un periódico presenta agudas espinas, y los progenitores de esta Revista, Samuel Ramírez Moreno y Juan Peón del Valle, no han tenido miedo a las heridas que la envidia produce; han desplegado la fuerza del agua cuando se precipita de las altas montañas y encuentra el obstáculo de las rocas salientes en su vertiginoso camino, que no se detiene, sino salta más enérgica e impetuosa, transformándose en blanca espuma y haciendo escuchar el más bello de sus cantos.

Al mentar a Juan Peón del Valle, se iluminan dos rincones ocultos y sagrados que conserva mi corazón y mi memoria. Lo ocupan el abuelo y el padre del Jefe de Redacción de este periódico. Conocí a "Don Pepe Peón" como le decíamos sus discípulos. Asistí de estudiante a algunas de sus memorables clínicas del "Hospital de San Hipólito", y muchas ocasiones escuché de sus labios, bellas composiciones literarias, que con gran cariño e intimidad le leía al Dr. Fernando Zárraga, mi inolvidable maestro. El Dr. Juan Peón del Valle, su hijo, padre del Editor de esta Revista, fué para mí un compañero, un amigo, un hermano, que la muerte no ha podido apartar de mi espíritu. Lo quiero y lo valorizo hoy como ayer, y aquilato en juicio retrospectivo cada día más y más su talento

privilegiado, su blancura de alma, y su firmeza de carácter. Recuerdo su brillante oposición de histología en las épocas bellas de nuestra Escuela de Medicina, y no olvidaré nunca la confianza que me dispensó como cirujano, poniendo en mis manos los más delicados de sus enfermos. Al escribir estas líneas mis ojos se humedecen, mi corazón se oprime, al recordar que minutos antes de morir estreché su mano pálida y ya fría, que me tendía en señal de despedida y como una ratificación de que su amistad se prolongaría en el más allá. Sus últimas palabras fueron, "intercede Gabriel, para que se me dé una taza de café, quiero llevar ese último recuerdo a mi tumba". Minutos después su voz se apagó para no volverla a escuchar, sus ojos tomaron la expresión del éxtasis que produce la contemplación divina del más allá, y aquel cuerpo dejó de vivir, dejándonos por herencia su espíritu, ¡que no se aparta de nosotros!

Aunque mi padre decía en una de sus composiciones literarias que "recordar no era sino desgarrarse el alma con lo que ya no existía", en algunos momentos estas heridas que se refrescan, en las que vuelve a brotar la sangre de un ayer, vivifican el espíritu, e impulsan a perfeccionar la virtud del mañana.

No desmayeis, Director y Redactores de esta interesante Revista; que vuestros oídos se apaguen al llegar las murmuraciones, que vuestros ojos se nublen al leer una crítica infundada.

Cuando los sensibles al arte se juntan en las casas del arte para oír embelesados, subyugados, fascinados, y divinizados, las notas sublimes de Beethoven, el público no piensa en la vida del artista, no se desarrolló en la alegría aquella encantadora producción. Beethoven cuando movía sus dedos creadores sobre el conjunto de los instrumentos musicales, sacaba a la materia notas más expresivas que las notas del corazón; todos podían oír, menos él, que era sordo, y el dolor de aquella sordera era el autor sublime del vino con que embriagaba a la humanidad. Por tener los oídos cerrados a los que le rodeaban, pudo oír en lo profundo de su alma, la melodía del universo y obsequiar a los hombres nacido del dolor, la alegría sublime de sentir la armonía del alma. En la tierra de Grecia existió otro inspirado en las fuentes del dolor; tierra de la hermosura; tierra del arte, tierra de bellas arquitecturas, que pide el sentido de la visión para admirar, contemplar y gozar. Patria de Platón y Fidias, creada para el júbilo de las miradas, para la alegría de los que ven. Confundido con la multitud, vagaba un pobre ciego conducido siempre por un niño, de calle en calle, de casa en casa; vivía en las tinieblas rodeado de gentes alegres que se buscaban para gozar y comunicarse las impresiones de las bellezas que contemplaban. Sin embargo aquellos hombres que tenían los ojos abiertos, apenas veían lo que les rodeaba, y el que vivía en las

tinieblas, contemplaba en su alma la majestad infinita y la fantasía de la naturaleza. ¡Nadie vidente como él! El velo de la historia cubrió a los griegos de hace tres mil años, con sus lujos y riquezas, esfumándose sus nombres en la piedra del olvido; en cambio queda flotando sobre todos los tiempos el espíritu sublime del inmortal Homero.

Los ayes de dolor, los cuadros patéticos, la inmensa tristeza que tiene el manicomio, no pueden perderse en el olvido o en la indiferencia; son fuentes de producción, son caudales de energía para perfeccionar la medicina nerviosa, para ir siempre adelante.

Proseguid, señores Redactores, sordos como Beethoven, ciegos como Homero, no teniendo más aspiración que ir en busca de NUEVOS HORIZONTES.

A NUESTROS FAVORECEDORES

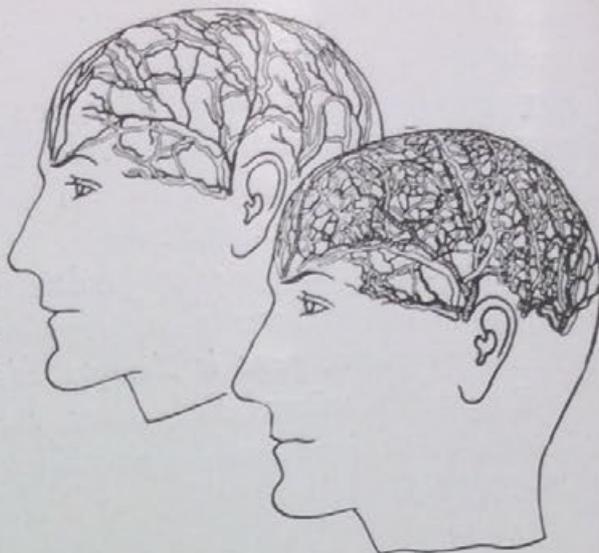
Al iniciar su quinto año de vida, esta Revista, que tan satisfecha está de la colaboración científica que generosamente recibe de los neuropsiquiatras y especialistas afines de México y de otros países, desea también manifestar un agradecimiento muy particular para los señores anunciantes de esta publicación, cuyos productos de alta calidad o cuyos prestigiosas firmas y bien reputadas casas han tenido exclusivamente cabida en las páginas de este órgano, que es estrictamente de divulgación neuropsiquiátrica y de confraternidad médica.

MOLOID

Dresden Sajonia.

Cuerpos nitrados estables: 0.33 mgrs.

Los comprimidos MOLOID son útiles en el tratamiento de la **jaqueca** y de los **espasmos vasculares**, conteniendo como principios activos **Nitroglicerina** y **Nitromanito**.



PRESENTACION Tubito de 20 o 40 comprimidos.

Urese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica
Reg. No. 19338 D. S. P. Prop. No. 13304

Saechsisches Serumwerk A. G. Dresden.
Instituto Sajón de Seroterapia, S. A.

DISTRIBUIDORES GENERALES:

MESTER y BREUER S. de R. L.

Madero 40 Desp. 208-9

Apartado 1250.

México, D. F.

Dr. RAUL DAVILA G.

Cirujano Dentista.

Regina Núm. 58.

Teléfonos: 7-69-39 y J-14-41

LABORATORIO MEDICO
DEL DR.

ALBERTO LEZAMA

Regina Núm. 7.

Teléfonos: 2-60-02 y J-33-06

RESERVADO

Acerca de los Nuevos Métodos de Tratamiento de la Esquizofrenia

Por HONORIO DELGADO,
Profesor Principal de Psiquiatría en la Universidad
de Lima, Perú

La Psiquiatría se ha transformado fundamentalmente en los años corridos del presente siglo. De disciplina satélite, casi puramente contemplativa y de práctica forense, se ha convertido en ciencia autónoma —que abarca uno de los planos esenciales de la naturaleza humana en sus manifestaciones mórbidas— con terapéutica activa y eficaz. El cambio de pronóstico debido a los métodos curativos descubiertos incita a abandonar la designación de "demencia" en lo que respecta a dos de las principales psicosis, que ya dejan de ser incurables. La adquisición más reciente de la medicina mental que cura es el tratamiento de una de estas "demencias", la esquizofrenia, por convulsiones y coma provocados, respectivamente, con Cardiazol e insulina, según procedimientos diferentes de los usuales en la aplicación de estos agentes. Las consecuencias de esta conquista tiene un valor considerable por tratarse de la curación de la psicosis cuyos pacientes constituyen el mayor número de los asilados, en el mundo entero.

Publicamos el presente artículo principalmente con objeto de dar al médico general algunas nociones acerca de los nuevos métodos —que sólo pueden ser practicados por especialistas con experiencia en el asunto y según requisitos técnicos particulares. La colaboración del método no especializado consiste en dirigir al hospital psiquiátrico a los esquizofrénicos que tengan ocasión de observar en el período inicial de la psicosis. Como se verá en seguida, la curabilidad de la esquizofrenia depende principalmente del diagnóstico precoz y de su tratamiento por el experto.

Trataremos separadamente de cada uno de los dos métodos, que han tenido un origen casi simultáneo, aunque repercusión desigual. El menos

peligroso y de técnica relativamente poco complicada —el del Cardiazol— es el que ha tenido una acogida más tardía en las clínicas y hospitales psiquiátricos de Europa. En los Estados Unidos de Norte América todavía no se le ha dedicado ninguna publicación, que sepamos. Con él comenzaremos.

I

LADISLAUS VON MEDUNA, de Budapest, teniendo en consideración la rareza de la coexistencia de la esquizofrenia y los ataques epilépticos así como el efecto favorable de éstos —las pocas veces que se presentan— en el curso de aquella, publica en 1934 el resultado de sus experiencias sobre el efecto convulsivante del aceite alcanforado en cobayas. Después de comprobar su inocuidad para el tejido cerebral, lo aplica al hombre. Los inconvenientes del aceite alcanforado en los esquizofrénicos le obligaron a ensayar otras sustancias, hasta que tiene el acierto de pensar en el Cardiazol "Kno11". Empleando la solución acuosa ordinaria, al 10%, a dosis de 5 c.c. o más, en inyección endovenosa muy rápida, produce casi siempre un ataque convulsivo (en sujetos que no se hallan bajo la acción de narcóticos ni sedantes). Este dura la mayor parte de las veces menos de un minuto; como el comicial, tiene dos fases, tónica y clónica, y es seguido de un episodio de perturbación de la conciencia (con amnesia) y sueño. Además, con el ataque se opera una serie de modificaciones del organismo, entre las cuales se destacan las del sistema nervioso vegetativo (no sólo simpaticotónicas, como pretenden recientemente *SORGER* y *HOFMANN*), que hemos descrito en otro trabajo dedicado al tema (publicado en *Annales Médico-Psychologiques*).

El tratamiento de *VON MEDUNA* consiste en producir al enfermo, en ayunas, ataques convulsivos dos veces por semana, hasta que se presenta la curación, agregando entonces tres o más ataques suplementarios con objeto de consolidar la cura. Nosotros hemos producido en varios enfermos ataques interdiarios con resultado satisfactorio. Posteriormente *V. BRAUNMUHL* aconseja producir ataques diarios por series, en combinación con el tratamiento por la insulina. A veces la inyección de Cardiazol no suscita ataque. Entonces el enfermo experimenta casi siempre el aumento de la dosis en 0.50 ó 0.10 grs. de Cardiazol, en inyección puesta al día siguiente de la ineficaz. La dosis máxima a que puede llegarse es de 1.50 gr. Sólo en uno de nuestros casos ésta se ha mostrado ineficaz (y aun la de 1.60 gr.) obligándonos a recurrir a maniobras especiales para hacer al sujeto susceptible a la acción convulsivante del Cardiazol. El

número de ataques que VON MEDUNA indica como límite es el de 30. Nosotros lo hemos pasado en algunos casos, sin tener que lamentarlo.

En nuestro trabajo que aparecerá próximamente en *The Journal of Nervous and Mental Disease*, hemos resumido nuestras observaciones y los resultados de VON MEDUNA y sus pocos seguidores, que nos eran conocidos hasta octubre de 1937. Después han llegado a nuestro conocimiento resultados confirmatorios, más copiosos, presentados en los congresos de neurólogos y psiquiatras de Alemania y Suiza. El único trabajo publicado desde octubre (1) —según nuestra información— es el muy apreciable de SORGER y HOFMANN, cuyas conclusiones concuerdan *grosso modo* con las de VON MEDUNA. Han tratado 100 esquizofrénicos con el resultado que muestra el siguiente cuadro:

DURACION DE LA ENFERMEDAD	NUMERO DE CASOS	REMITEN	NO REMITEN
Hasta 1/2 año	38	29 (76.3 %)	9 (23.7 %)
De 1/2 a 1 año	13	7 (53.8 %)	6 (46.2 %)
De más de 1 año	49	13 (26.5 %)	36 (73.5 %)

Nuestra experiencia (que se inicia en 19.III.37) en la actualidad (19.III.38) comprende 1044 inyecciones, con 790 ataques, en 43 enfermos: 29 tratados, 11 en tratamiento y 3 en los cuales la cura no pudo terminarse. Hemos tenido 3 casos de recidiva, los 3 de esquizofrenia crónica (más de 3 años). El resultado en los 29 casos tratados se distribuye en la forma que resume el cuadro siguiente:

DURACION DE LA ENFERMEDAD	REMISION COMPLETA	REMISION SOCIAL	SIN REMISION	TOTAL
De menos de 1/2 año	14	0	0	14
De 1/2 a 1 1/2 años	2	2	0	4
De más de 1 1/2 años	2	3	6	11
Sumas	18	5	6	29

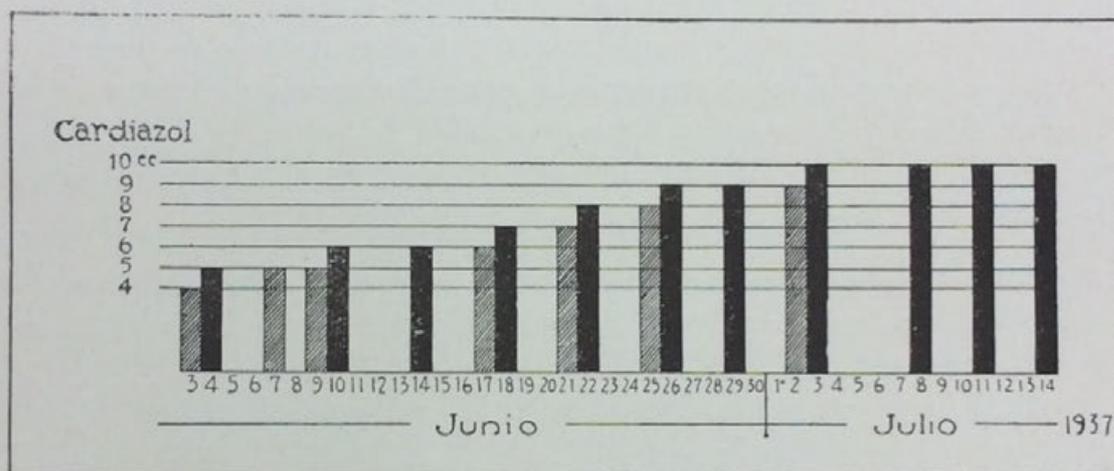
(1) Sin contar dos, cada uno con sólo tres observaciones: el de ALPH. LEROY: "Le traitement convulsivant de la démence précoce", *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, 1937, No. 10, y el de ALEXANDER KENNEDY: "Convulsion Therapy in Schizophrenia", *The Journal of Mental Science*, 1937, No. 347.

De los datos de estos dos grupos, cuya discordancia depende probablemente del total de casos, que es mucho menor en nuestras observaciones respecto de las de *SORGER* y *HOFMANN* (la contribución más considerable después de la de *VON MEDUNA*), se desprende claramente que la esquizofrenia es tanto más curable cuanto más reciente su origen: en la fase aguda (seis meses o menos de evolución) remiten casi todos los casos (95:1% en la serie de *VON MEDUNA*). Hay otro motivo, de índole muy diferente, a favor del tratamiento precoz. Por circunstancias especiales (que explicamos en nuestro trabajo publicado en la *Revista de Neuro-Psiquiatría*) hemos tenido ocasión de aplicar el tratamiento convulsivante a enfermos crónicos, con varios años de evolución, presentándose en tres de ellos —los 3 en que el tratamiento no pudo terminarse— complicaciones graves: en 2 se activaron infecciones latentes (una de ellas de índole tuberculosa comprobada) y en 1 se produjo la fractura del cuello anatómico del fémur (emergencia igual se presentó en uno de nuestros casos antiguos de parálisis general estacionaria con cuadro clínico esquizomorfo, con el primer ataque provocado por el Cardiazol). Estos hechos nos han permitido agregar a las contraindicaciones indicadas por *VON MEDUNA* —enfermedades del corazón y enfermedades febriles— las dolencias viscerales, la sospecha de tuberculosis y la decalcificación. Caso de muerte determinado por el ataque mismo sólo se ha señalado uno (de *ANGYAL* y *GYARFAS*) verificándose a la autopsia un corazón hipoplástico. Por eso en los casos sospechosos debe recomendarse el examen de un especialista y pedirse el electrocardiograma. Aparte de esto, se ha señalado luxaciones del maxilar y del hombro y la pérdida de dientes. Es obvio que siempre se tomará las precauciones conocidas de los especialistas para evitar malas consecuencias del ataque comicial. La mortalidad en la cura de Cardiazol es de 0.3%, en más de mil casos, según el conjunto de informes presentado recientemente al congreso de la especialidad habido en Berna y Münsingen.

Para dar una idea concreta del modo de poner en práctica la cura convulsivante reproducimos en seguida el resumen de la historia de uno de nuestros casos curados, con el esquema correspondiente.

A. A., hombre, de 29 años, pícnico, hijo de matrimonio consanguíneo. De sus 9 hermanos 2 mujeres son esquizofrénicas, casi todos los demás de carácter anormal. El paciente, muy irritable, tuvo en 1928 la primera manifestación de esquizofrenia, fué internado en un sanatorio de X., donde se hallaba entonces la familia con objeto de hacer tratar a una de las esquizofrénicas. La enfermedad duró más de 2 años. Al regresar la familia al Perú, A. A., fué colocado en nuestro servicio, el 3.V.30, del cual salió en remisión el 18.X.30. El comienzo de la enfermedad actual es ins-

dioso, pero en III.37, se acusa con fuertes caracteres: abandono del trabajo, negocios insensatos, excesos alcohólicos, intentos de homicidio. Al ingresar a nuestro servicio, en I.V.37, domina el cuadro mórbido un sistema delirante con ideas de influencia a distancia tanto en el tiempo cuanto en el espacio: una estatua, que es a la vez el espíritu de varios antepasados y héroes nacionales, le da órdenes incesantemente, las cuales ora las oye, ora le son introducidas directamente en el cerebro. Tiene además una serie de alucinaciones cenestésicas en relación con las influencias que proceden de la estatua. Está convencido de su misión y de la realidad de la vida actual de los muertos, cuyo ser —alma y cuerpo— en veces cree encarnar él mismo. En este estado se comienza el tratamiento por los ataques convulsivos. El 1o. se produce con la 2a. inyección, el 4.VI.37. Con efecto inconstante se ponen 18 inyecciones hasta el 14.VI (11 ataques). Con 8 ataques el retorno a la normalidad es completo. Por precaución se produce



tres ataques suplementarios. Desde hace cerca de 9 meses su estado no deja absolutamente nada que desear. Trabaja con toda eficacia y su conducta es intachable. —Resumen: esquizofrénico paranoide, que tiene un segundo episodio después de 6 años de remisión del primero. Con la evolución de 3 meses la enfermedad actual entra en remisión completa hace cerca de 9 meses. El tratamiento ha durado 41 días, con 18 inyecciones de Cardiazol (total 13.40 gr.) y 11 ataques, dosis eficaz inicial 0.50 grs., dosis máxima terminal 1 grs. Peso: antes del tratamiento 70 kgrs., después 74 kilogramos.

II

El otro procedimiento curativo de esquizofrenia se basa en el efecto de la insulina sobre el sistema nervioso. *MANFRED SAKEL* es su inven-

tor. Como médico en Alemania, ya en 1929 propuso la administración de dosis algo elevadas de insulina (sin propinar azúcar) para el tratamiento de la morfinomanía. Después de una serie de observaciones y tentativas, en 1934-35 publicó su trabajo fundamental acerca de la terapéutica de la esquizofrenia con el *shock* insulínico, puesto en práctica desde 1933 en la clínica universitaria de Viena, bajo los auspicios de POETZI.

La parte principal del tratamiento consiste en producir diariamente (salvo los domingos) un *shock*. Recientemente JAMES, FREUDENBERG y CANNON proponen una nomenclatura que nos parece recomendable. Llamamos *shock* el estado que comienza con los síntomas iniciales de la hipoglicemia y termina con la interrupción de los síntomas por la glucosa administrada; *coma*, el estado que provoca la hipoglicemia durante el cual hay pérdida de la conciencia e incapacidad de responder a excitaciones tales como la llamada enérgica o el tocamiento del cuerpo; *coma profundo*, cuando aparece la hipotonía y faltan los reflejos corneal y plantar. Se llama *semicoma* o *precoma* el estado mental en que el paciente no puede beber por sí mismo (el agua azucarada, a pesar de desearla). El efecto de la insulina tiene una serie de fases que V. ANGYAL considera posible reducir al esquema ordinal siguiente, que debe considerarse sólo como una aproximación teórica:

I. a) Estado de excitación tipo moria, euforia. b) Desasosiego psicomotor. En caso que el paciente haya recibido la inyección de insulina a las 6 y 30 a. m., esta fase dura de las 8 y 30 a las 10 a. m.

II. Fase de transición. Somnolencia, ligera hipotonía, actitud de dormir. Duración aproximada de 9 a 10 a. m.

III. a) Compromiso piramidal incipiente, sacudidas clónicas, anomalías reflejotónicas y de la actitud; movimientos primitivos de la boca; aprehensión forzada (agarrar). b) Sopor; movimientos espontáneos como sacudidas fasciculares y coreiformes; distribución cruzada del tonus; desaparición de los movimientos primitivos de la boca. c) Calambres de torsión generales en una sola dirección; espasmos piramidales; crisis de temblor, desaparición de la aprehensión forzada. Duración aproximada: de 9 y 30 a 11 a. m.

IV. Desaparición de los movimientos espontáneos; calambres de torsión disociados. Duración aproximada: de 10 y 30 a 11 y 30 a. m.

V. Mengua del tonus y de los reflejos, desaparición de los reflejos patológicos. Duración aproximada: de 11 a 12.

VI. Coma profundo con arreflexia; perturbaciones cordiales y de la respiración de tipo bulbar; contracciones generales con predominio de los elementos de extensión. Esta última fase está, según V. ANGYAL, fuera

de los límites de la posibilidad de acción terapéutica. Duración aproximada: de 11 y 30 a ? (la muerte).

Según V. ANGYAL el progreso en profundidad del *shock* es de la fase III a la VI. El comienzo del *shock* se localiza en el tiempo que media entre la 2a. (contando desde el momento de la inyección) y el final en la 5a. hora de insulina. La experiencia enseña que la dosis de insulina debe ser tal que no suscite coma antes de la 3a. hora, pues sólo cantidades excesivas producen coma precoz.

Aparte de los síntomas nerviosos mencionados en la gradación de V. ANGYAL, los cambios más frecuentes en el organismo por efecto de la hipoglicemia son los siguientes: alteración del pulso, sobre todo taquicardia; aumento de la presión máxima con baja de la mínima; hipotermia y rara vez fiebre; aumento del metabolismo basal; leucocitosis con desviación hacia la izquierda; sudores abundantes ("*shock* húmedo bueno" de SAKEL, cuya importancia exageró). Respecto de la hipoglicemia, está averiguado que su grado no guarda relación con la intensidad del *shock*; éste puede presentarse con 70 miligr. % y no manifestarse con 25 miligr. %. El coma no comienza cuando la hipoglicemia se acentúa, sino después que ésta ha disminuído, probablemente a causa de que la célula nerviosa ha perdido ya sus reservas de hidratos de carbono. Poco se ha estudiado todavía las manifestaciones psicopatológicas en los insulinizados. Lo más sistemático es la monografía de V. VENEDEK sobre la percepción. SAKEL llama la atención sobre la amnesia retrógrada, en los casos de ataque epiléptico, y la afasia, e insiste mucho sobre la influencia del ambiente en el proceso de la curación, recomendando proteger al paciente contra las "noxas psíquicas". En el Congreso Suizo de Psiquiatras Küppers ha estudiado los fenómenos psicológicos de la hipoglicemia.

La dosis de insulina eficaz para producir el coma varía mucho de un individuo a otro. Las cifras extremas que se ha señalado son 8 y 360 unidades. Se considera que juega papel importante la constitución personal en su conjunto y la actividad del sistema nervioso vegetativo y de las glándulas suprarrenal e hipófisis. Se ha señalado algunos casos de resistencia absoluta a la insulina, así como casos (antes conocidos en la cura de la diabetes) de sensibilización anafilactoide, aparte de variaciones de la tolerancia, progresivas o no, incluso de un día a otro, que son muy frecuentes en el curso del tratamiento de la esquizofrenia. No hay ninguna relación entre el tipo de reacción respecto de las dosis y el resultado de la cura, así como no la hay entre la dosis y el peligro de complicaciones. En algunos casos se produce una especie de hábito que obliga a aumentar las dosis. Más corriente es tal vez la acumulación de los efectos de modo latente, hasta producirse fenómenos de intoxicación —muy raras veces mor-

tal por alteración intracelular de las neuronas (hipoglicemia ganglionar irreversible) — o de intolerancia creciente. Para evitarlo, así como para vencer los casos refractarios y para economizar la cantidad de insulina empleada en cada caso, V. BRAUNMUHL preconiza el "método del zigzag", que consiste en alternar, en diversas formas, dosis altas con dosis bajas y medianas, en días sucesivos; ejemplo de una de las formas: en un enfermo que no llega al coma con 300 unidades, lo tiene con la mitad en la siguiente gradación: 1er. día 48 unidades, 2o. día 150 unidades, 3er. día 300, 4o. 48, 5o. 150, 6o. 300, 7o. 48, 8o. 150, 9o. 48, 10o. 150: coma.

Son indicaciones para interrumpir prematuramente el *shock*: fuertes cambios de la frecuencia del pulso, taquicardia y bradicardia extremas, palidez, arritmia, ataque epiléptico (*shockataque*); espasmo de la glotis y, sobre todo, respiración tipo Cheyne-Stokes. M. MULLER y otros investigadores aconsejan el electrocardiograma en diversos momentos del tratamiento. EDERLE excluye del tratamiento incluso los casos con lesión cardíaca compensada. Para evitar los ataques epilépticos se ha propuesto la administración anticipada de luminal. Los resultados del método de VON MEDUNA y la circunstancia de producirse mejoría notable después de un *shockataque* en la cura con insulina —que, como KUPPERS, hemos verificado en nuestros enfermos— nos hacen desear la presentación del ataque convulsivo y en ciertas circunstancias lo provocamos sacudiendo al enfermo.

El procedimiento clásico de SAKEL tiene cuatro fases que son: I. Fase preparatoria, en que empieza a inyectar insulina (siempre a una hora precisa de la madrugada y en ayunas) a dosis de 10 a 25 unidades y aumentando cada día de 5 a 10 unidades, hasta producir el *shock*. Durante 4 horas permanecen los enfermos, bajo el efecto de la insulina, sin ningún alimento; después se les suministra 200 gr. de azúcar en té o leche, sin excepción, aun cuando no se haya presentado ninguna manifestación hipoglicémica o ésta haya pasado ya. Sólo en casos aislados —con fuerte excitación motriz— se inyecta insulina por segunda vez al medio día, de 20 a 25 unidades, interrumpiéndose la hipoglicemia antes de las manifestaciones mayores. II. Fase de *shock*, caracterizada por el progreso de los efectos, que comienzan con desórdenes motores (sacudidas clónicas, etc.) y pérdida de la relación con el mundo exterior, hasta llegar al estado comatoso, que debe prolongarse hora y media, cuya interrupción no se puede efectuar por medio de bebidas azucaradas *per os*, sino por sonda nasal. En caso de presentarse estados peligrosos se interrumpe con una inyección subcutánea de 1 cc. de solución de adrenalina y una inyección intravenosa de 20 a 100 c. c. de suero glucosado al 33%, sin perjuicio de administrar después *per os* la dosis ordinaria de azúcar. El despertar tiene lugar después de

6 a 12 minutos con la administración por vía nasal y casi instantáneamente (rara vez después de pocos minutos) con la inyección endovenosa. Todos los días, menos los domingos, e inyecta la insulina, hasta lograr la remisión de la enfermedad o hasta que el tratamiento pruebe ser ineficaz (con 60 días de aplicación). III. Fase de descanso después del *shock* —generalmente no se observa esta indicación, salvo el descanso dominical y salvo complicaciones o circunstancias especiales. IV. Fase de polarización, consistente en la continuación del tratamiento con pequeñas dosis de insulina, de 10 a 30 unidades, con interrupción de la hipoglicemia dos horas después de la inyección, evitando los síntomas del *shock*. Termina esta fase tan pronto como se han consolidado los efectos de la fase II y de la ergoterapia (ordinariamente dura de 4 a 8 días).

El tratamiento —que dura de 2 semanas a 4 meses— no se practica según un esquema mecánico, sino que se modifica según la forma de la esquizofrenia (a esto da una gran importancia SAKEL) y las reacciones y cambios del estado del paciente. A los estados predominantemente paranoides conviene el coma profundo en ambiente silencioso, para desarticlar o desactualizar los síntomas y, si es posible, para producir la amnesia de las experiencias psicóticas; en los estados estuporosos es favorable interrumpir la hipoglicemia cuando se ha llegado al punto culminante de la activación de la vida mental del paciente —si la "psicosis productiva" persiste en los intervalos de la hipoglicemia está indicado el tratamiento adecuado a los estados paranoides; por último, para los cuadros clínicos de agitación catatónica se requiere inyección de insulina dos o tres veces al día durante la fase I, que se prolonga hasta conseguir el *shock* tardío, el cual se interrumpirá al iniciarse el coma; se evitará que éste se haga profundo exigiendo al paciente con insistencia que beba el agua azucarada, se evitará asimismo que se presente la sensación intensa de hambre— así se consigue prolongar y hasta fijar la tranquilidad.

En oposición con la cura convulsivante, la insulínoterápica parece ser poco eficaz en los esquizofrénicos catatónicos. En cambio, da muy buenos resultados en los paranoides. Recientemente LEMKE cree ofrecer pruebas de que el encefalograma de los esquizofrénicos permite pronosticar con seguridad el resultado de la cura con los shocks insulínicos — si esto se evidenciase, se dispondría de un medio eficaz para la indicación terapéutica.

Con respecto a los resultados conseguidos con este método, M. MULLER ha recopilado los datos de varias clínicas donde se ha hecho la aplicación y en las cuales se ha seguido escrupulosamente las reglas de SAKEL, verificando que las remisiones completas se presentan entre el 64 y el 80% de los casos agudos (hasta 1/2 año) y entre el 14 y el 50% de los antiguos (más de 1/2 año de enfermedad). En la reunión anual de la Socie-

dad de Neurólogos y Psiquiatras Alemanes, que tuvo lugar en Munich el mes de septiembre de 1937, el examen de 962 casos debidamente tratados y observados indica que sólo el 20% de los enfermos no beneficia de la cura insulínica, y el 63% tiene buena remisión con una psicosis de menos de 1 año. El resultado del conjunto más considerable de un solo observador, con más de 200 casos tratados a partir de 1935, que *EDERLE* ha publicado recientemente, indica remisión completa de los casos de menos de 1/2 año en el 68.5% y la remisión social en 13.5%; en casos de 1/2 a 2 años de enfermedad, remisión manifiesta en 58%; en los más antiguos, la remisión no se presenta sino excepcionalmente. *EDERLE* compara estos resultados con el número de remisiones espontáneas observadas en los 147 esquizofrénicos ingresado a la clínica de Tubinga en 1935, cuya proporción corresponde sólo del 3 al 4%. En el 2 ó 3% de los casos curados con insulina se presentan pseudoremisiones con recidiva, que a menudo acaban por sanar con la renovación del tratamiento.

En las dos estaciones de insulino-terapia que hemos establecido en el Régimen Común del Hospital "Víctor Larco Herrera", con autorización de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, de acuerdo con los médicos jefes de servicio correspondientes y con la colaboración de los Drs. Vallega y Gutiérrez-Noriega, nuestra experiencia se refiere a 62 casos —con 2429 inyecciones de insulina Mulford, 1375 comas y 314 precomas—, 36 ya tratados y 26 en curación. Hemos tenido 4 casos de recidiva: 1 agudo y 3 crónicos, de más de 3 años. El resultado obtenido en los casos tratados se distribuye en la forma siguiente, en que no figuran los 4 recidivantes por hallarse en tratamiento.

DURACION DE LA ENFERMEDAD	REMISION COMPLETA	REMISION SOCIAL	SIN REMISION	TOTAL
De menos de 1/2 año . . .	19	5	0	24
De 1/2 a 1 1/2 años	4	2	0	6
De más de 1 1/2 años	0	3	3	6
Suma	23	10	3	36

Se ve que las estadísticas concuerdan en este procedimiento, como en el otro, respecto de la gran curabilidad de los casos de psicosis reciente. Si bien con el método de *SAKEL*, además de la falta de resistencia a las infecciones, se suelen presentar complicaciones alarmantes, como somnolencia invencible, ataques epilépticos subintrantes, fiebre alta, hemorragia cerebral múltiple, estados beriberoides, etc., con los recursos que han con-

cebido y probado los prácticos del método, la mortalidad oscila entre 0.4% y 2%. (EDERLE, en más de 200 casos sólo tiene dos defunciones). Las contraindicaciones prácticamente son las mismas que las del método de *von Meduna*. Por nuestra parte, no hemos tenido hasta hoy ningún caso fatal. A ello ha contribuído de manera apreciable el celo y la competencia del jefe del personal auxiliar Sr. Andrés Carrillo Broatch.

A continuación exponemos la síntesis de uno de los casos tratados por nosotros (en el servicio del Dr. Loayza), con el esquema correspondiente, que permite una visión del conjunto de la cura.

A. P., mujer, de 14 años de edad, leptosómica. Padre acohólico. A la edad de 4 años, A. P., que acababa de quedar huérfana de madre, es entregada a su madrina, quien se esmera en prodigarle toda clase de atenciones. La niña corresponde este afecto con cariño, humildad y diligencia; sin embargo, ya desde pequeña se observa cambios bruscos en su carácter, es irritable, caprichosa, terca; posteriormente se torna coqueta, desobediente, pleitista. En II. 1936 tiene una primera crisis de psicosis, con la sintomatología de la enfermedad actual, que, mediante tratamiento, desaparece después de 3 meses. El proceso actual se inicia insidiosamente en VI.37, con cambios inexplicables de la personalidad, inversión de afectos, sobre todo con respecto al padre, labilidad afectiva, extrema susceptibilidad, irritabilidad. Poco después se presentan ilusiones visuales y alucinaciones auditivas: la enferma oye voces que se refieren a tema sexual, que la difaman, y a las cuales contesta en lenguaje procaz; tiene ideas de influencia y delusiones de tipo persecutorio, marcada tendencia interpretativa, incoherencia; paramimia, negativismo inconstante, crisis de excitación psicomotriz, en que llega hasta las agresiones; lagunas amnésicas, falsos reconocimientos. Su conducta se hace cada vez más irregular, al extremo que la familia, impotente para impedir que la enferma realizara una serie de actos antisociales, se ve obligada a internarla al hospital en 24. VIII. 37. Ya en él, la paciente está algo tranquila, monóloga, ríe constantemente, no mal orientada, coprolálica. El 15. IX. 37 pasa a la estación insulino-terápica, indicándose el tratamiento con 5 unidades en la primera inyección; el primer precoma se presenta el 24. IX, con 45 unidades, el primer coma, con 50 unidades. El 5. XI se hacen notorios los signos de remisión: la enferma está tranquila, lúcida, ayuda espontáneamente en algunos quehaceres, aunque todavía tiene reacciones de irritabilidad; manifiesta interés por su familia y deseo de salir lo más pronto del hospital por sentirse en buenas condiciones. El tratamiento con insulina termina el 10.XI.37, y el 19.XI A. P. deja el hospital en estado de remisión completa. Según las informaciones de los familiares se aprecia "una gran modificación favorable en su carácter, que antes era irri-

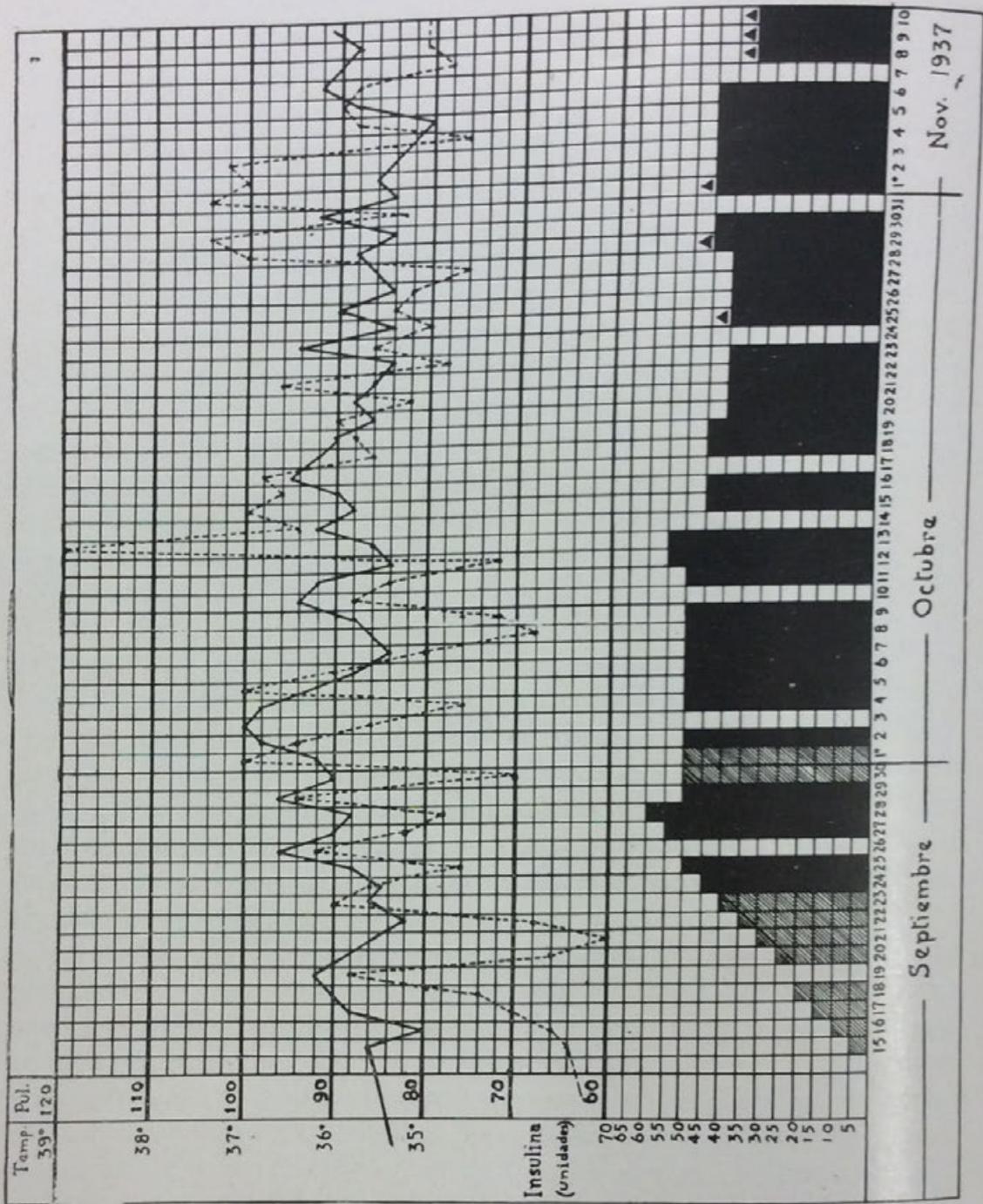


table y díscolo". — *Resumen*: esquizofrénica patanoide, con la primera crisis en II. 1936, con dos meses de enfermedad actual, que tuvo comienzo isídioso. Es sometida a la insulino-terapia el 15.IX.37, 48 inyecciones, 34 comas (el 1o. con 50 unidades y el último con 35), dosis inicial eficaz 50 unidades, dosis máxima 60, dosis terminal eficaz 35 unidades; tuvo seis ataques convulsivos, el 1o. espontáneo, los otros provocados (marcados con un triángulo lleno en el esquema); el tratamiento duró 57 días, terminó el 10.XI.37. Remisión completa. Peso: antes del tratamiento 24 kgr., de pués 54 kgr.

CONCLUSIONES

Los nuevos métodos de tratamiento de la esquizofrenia ofrecen la posibilidad de producir la remisión de la psicosis en los casos agudos aproximadamente en la proporción de un 70%, siempre que los acompañe una adecuada actividad ergoterápica y psicoterápica.

Los peligros son insignificantes, comparados con las ventajas, siempre que se estudie y seleccione los casos y se aplique los procedimientos técnicos por psiquiatras experimentados y con conocimiento de las adquisiciones logradas respecto de las complicaciones. El tiempo permitirá comprobar con cuál de los métodos se produce el menor número de recidivas incurables.

El método de *VON MEDUNA* es sencillo, requiere la presencia del médico durante poco tiempo y es más eficaz que el de *SAKEL*, por lo menos en los casos de esquizofrenia de forma catatónica.

De los 29 casos en que hemos terminado la cura convulsivante 18 (los 14 agudos, 2 subagudos y 2 crónicos) tienen remisión completa, 5 remisión social y los 6 restantes no remiten.

El método de *SAKEL* es laborioso, requiere departamentos hospitalarios especiales, bien provistos de personal y de material —estaciones de insulino-terapia—, observación continua durante más de seis horas diarias, presencia prolongada del médico. Tiene más complicaciones y peligros que el de *VON MEDUNA*, y una mortalidad mayor. Parece particularmente eficaz en la forma paranoide de la esquizofrenia.

De los 36 esquizofrénicos en que hemos terminado la cura por el *shock* hipoglucémico 23 (19 agudos, 4 subagudos) tienen remisión completa, 10 (5 agudos, 2 subagudos y 3 crónicos) remisión social y los restantes (crónicos) no remiten, a los que debe agregarse 4 recidivantes que se hallan en tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

L. V. ANGYAL: "Ueber die motorischen und tonischen Erscheinungen des Insulinshock". *Zeitschrift fuer die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1937, t. 157, No. 1. — L. V. ANGYAL: "Ueber die verschiedenen Insulinshocktypen und ihre neuro-psychopathologische Bedeutung". *Archiv fuer Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1937, t. 160, No. 6. — A. V. BRAUNMUHL: "Die Zickzack-Methode, ihre Praxis und ihre Verwendung als Sensibilisierungs-Test bei der Insulinshockbehandlung der Schizophrenie", *Nervenarzt*, 1937, No. 11. — HONORIO DELGADO: "El tratamiento de la esquizofrenia por el método de von Meduna. Su aplicación en un caso de parálisis general estacionaria", *Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas*, 1937, No. 7-12. — DELGADO: "Tratamiento de la esquizofrenia con Cardiazol a dosis convulsivante", *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 1938, No. 1. — W. EDERLE: "Insulinshocktherapie der Schizophrenie", *Muenchener medizinische Wochenschrift*, 1937, No. 46. — G. W. B. JAMES RUDOLF FREUDENBERG & A. TANDY CANNON: "Insulin shock treatment of schizophrenia", *The Lancet*, 1937, No. 5932. — E. KUPPERS: "Die Insulinbehandlung der Schizophrenie", *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1937, No. 10. — RUDOLF LEMKE: "Ueber die Indikation zur Insulinshockbehandlung der Schizophrenie", *Archiv fuer Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1937, t. 107, No. 2. — LADISLAUS VON MEDUNA: *Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie*, Halle a S., 1937. — M. MULLER: "Die Insulinshockbehandlung der Schizophrenie", *Nervenarzt*, 1936, No. 11. — M. MULLER: "Insulin und Cardiazolshockbehandlung der Schizophrenie", *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete*, 1937, No. 4. — MANFRED SAKEL: *Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie*, Wien, 1935. — MANFRED SAKEL: "Zur Methodik der Hypoglykaemiebehandlung von Psychosen", *Wiener klinische Wochenschrift*, 1936, No. 42. — ERNST SORGER & ERNST HOFMANN: "Beobachtungen und Ergebnisse bei der Cardiazol-Krampfbehandlung der Schizophrenie", *Psychiatrich-Neurologische Wochenschrift*, 1937, No. 41/42.

En los **colapsos**



en los cuales se impone una intervención terapéutica rápida, es de vital importancia la acción energética sobre los

**centros circulatorio
y respiratorio**

que ejerce el

CARDIAZOL «KNOLL»

Reabsorción muy rápida; no hay peligro de una dosificación excesiva.

Ampollas — Líquido — Tabletas.

Para intoxicaciones y como medicamento despertador en las anestésicas ampollas de 3 c.c.



KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN DEL RHIN.

Reg. Nos. 8770, 9015 y 670 — D.S.P. Prop. No. 12338.

Representantes: Mich. Birk Sucrs., S. en C., México D.F., Ave. Uruguay 90, Apartado No. 7305.



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.D.S.P.

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

MERCUROCROMO - OXIFLUORESCEINA SODICA SALUBLE

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN

AV. CHAPULTEPEC, 297

MEXICO, D. F.

UNICOS DISTRIBUIDORES DEL PODEROSO ANTISEPTICO

MERCUROCROMO - OXIFLUORESCEINA SODICA

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

FRASCO DE DIEZ GRAMOS \$ 1.60

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN

AV. CHAPULTEPEC 297.

MEXICO, D. F.

Muy señores míos:

Me intereso por la sol. MERCUROCROMO - OXIFLUORESCEINA y deseo se me remita libre de portes una muestra (frasco de 1 gramo para experimentación.)

Nombre.....
Dirección.....
Estado.....

CUPON

Algunos Datos Experimentales Acerca de la Patogenia del Edema Papilar

Por el Doctor RAUL
ARTURO CHAVIRA

Es indudable que uno de los asuntos que más ha apasionado a los oftalmólogos y cirujanos es el síndrome de estasis papilar, frecuente en los T. C. E., considerado erróneamente o con razón como una alteración mecánica del nervio óptico producido por un trastorno circulatorio que obedece al edema cerebral y a la hipertensión intracraneana.

Llamado neuritis edematoso por estasis, disco de ingurgitación, papiledema, papila de estasis por los alemanes, chok disk por los ingleses, estasis de la papila por los españoles, es un síndrome que fué muy bien estudiado en una célebre comunicación a la Academia de Medicina por el Prof. Dr. Rafael Silva, de México; su importancia estriba en que es un síndrome ocular frecuente no sólo en los padecimientos traumáticos, sino en todos aquellos padecimientos encefálicos acompañados de hipertensión craneana. Lo he visto muchas ocasiones, con prominencia de la papila, con un aspecto indeciso y borrado de sus bordes, con una congestión venosa intensísima, con un enrojecimiento grande del disco óptico aumentado de tamaño, con hemorragias diseminadas, con arterias estrechas y con codos característicos de los vasos centrales al salir de la retina; (historias números 2, 3, 30, 49, 69, 78 bis, 138, 162, 174, 176, 192, 197, 199, 203, 218, 269, de mis protocolos).

Al lado de estos casos en donde el diagnóstico es perfectamente claro hay otros que es preciso considerar y que conducen a un diagnóstico precoz; un ligero edema de la papila y de la retina, con una ingurgitación precoz de las venas centrales y con tortuosidades en su trayecto, de manera que por grados insensibles se camina desde la simple papilitis, a

la neuritis y al edema papilar, como lo he visto provocando hipertensión intracraneana en el perro; con el Prof. Silva, con Uhthoff, con Terrien se acepta hoy en día dos diámetros papilares como límite, entre la neuritis y papilitis y el estasis de la papila.

Las siguientes palabras del Dr. Silva, confirmadas por el maestro de la oftalmología vienesa Dr. Meller ponen en mi concepto las cosas en su verdadero valor: "la neuritis y la estasis papilar son originarias de un mismo proceso aunque en grado diverso"; esta afirmación encuentra su apoyo experimental en los estudios que hice en perros.

Las estadísticas recientes y la mía, demuestran que las heridas del piso posterior craneal producen edema de la papila con el doble de frecuencia que las demás heridas del cráneo; aun en los casos ligeros y sin infección; (historias números 2, 3, 30, 69, 78 bis, 174, 192, 199 y 218). Este síndrome se presenta del lado enfermo, aunque no siempre (observación número 176); con frecuencia es bilateral y se modifica favorablemente por la punción o por el trépano descompresor; no se presenta en los traumatismos craneo-encefálicos sino después de seis horas debido a las modificaciones de la presión sanguínea que acarrea el estado de shock.

Aparece el estasis papilar, con su dilatación de las venas retinianas y un rodete edematoso, y aun hasta un obscurecimiento edematoso de la mitad temporal del disco óptico, cuando la presión intracraneana es muy alta, y producida por una hemorragia intracraneal de formación lenta, como en las extra-durales de la meníngea media; lo mismo pasa en los casos de tumor cerebral, o en el bloqueo ventricular, (Obs. Núm. 158).

En un T. C. E. es de la mayor importancia descubrir ese aumento de la presión por exámenes oftalmoscópicos repetidos y por la punción lumbar; es preciso investigar con la oftalmoscopia directa esos borramientos del disco óptico que revelan de manera precoz el aumento de presión.

No es necesario esperar la aparición de un edema clásico, para concluir en la existencia de una hipertensión craneana; los signos tempranos de un aumento de presión son los más interesantes como he señalado; la dilatación de las venas retinianas, el borramiento edematoso de las márgenes o un edema de las mitades mismas de la papila, constituyen etapas tempranas de un aumento de presión, que en la actualidad confirman otros medios de diagnóstico, (historias números 38, 151, 159, 162, 195, 215, 220, 239, 261, 268, 280, 283 y 297).

Muchas teorías se han edificado para explicar este síndrome desde la antigua de Graefe, la de Schmidt-Manz, la de Parinaud, etc., pero actualmente se considera al estasis producido por una hipertensión del L. C. R. que se ejerce sobre la vena central en la interpretación de Dupuy Dutemps, o sobre la red vascular piameriana según Magitot. En la hi-

drocefalia crónica este síndrome no se presenta, por lo que Leber cree que se trata de una verdadera inflamación, de una papilitis, análoga a la neuro-retinitis y producida por la circulación de productos tóxicos en el líquido de las vainas que llevan la sustancia patógena hasta la porción anterior del nervio.

Sin embargo las observaciones clínicas y experimentales, que demuestran la desaparición del estasis después de operaciones craneales descompresivas, afirman la creencia de un factor mecánico en el determinismo del edema y no justifican el término papilitis; estas ideas son defendidas actualmente por Dandy, Sanger, Axenfel, y el Dr. Silva se expresa así: "es imposible sacar del estudio del fondo del ojo otra conclusión que la existencia de una complicación y sin saber siquiera si es más o menos grave, pues aparecen en casos en que ni siquiera hay sospecha de infección, como también se la ha visto disminuir y aun desaparecer en los últimos días de una meningitis mortal. Lo interesante es que se necesita un cierto tiempo para desarrollarse, de dos a tres semanas, y los factores inflamación y causas mecánicas están entrelazados en estas complicaciones y su diferenciación es imposible en la hora actual".

En mi trabajo de ingreso que presenté a la Academia Nacional de Medicina, titulado "Signos oculares en los traumatismos cráneo-encefálicos" estudié la frecuencia con que se presenta este síndrome y su importancia bajo el punto de vista clínico; he continuado estas investigaciones con estudios experimentales en perros modificando la presión intracraneana y haciendo una observación cuidadosa del fondo del ojo; en estos estudios me ayudó el Dr. Don Felipe Aceves Zubieta cuya técnica seguí en mis trabajos y quien presentó un interesantísimo trabajo ilustrado con una película a la 1a. Asamblea Nacional de Cirujanos, sobre "El estudio clínico de los cambios de presión"; el Dr. Bernardo Mortera me ayudó también mucho en este estudio; les envío en estas líneas mi sincero agradecimiento.

El aspecto normal del fondo del ojo estudiado en veinte perros es el siguiente: la iluminación de los medios transparentes hace observar un reflejo verde o azulado debido al tapiz, que es una capa situada en la coroides del animal, entre la capa de los vasos gruesos y la corio-capilar; este tapiz no cubre sino la parte superior del fondo del ojo y es brillante y luminoso, *tapete lúcidum*, mientras que la parte inferior forma el *tapete nigrum*.

La función del tapete lúcidum es reflejar la luz que ha atravesado la retina, haciéndole seguir un camino inverso en la dirección del eje de los conos y bastones; he empleado para este examen el oftalmoscopio directo y para estudiar su conjunto me he servido de la imagen invertida.

Estos estudios fueron practicados en el Laboratorio Experimental del Hospital Juárez.

La papila es triangular, con el vértice dirigido hacia arriba y de contornos bien precisos, ligeramente rosada; de la excavación fisiológica emergen tres grupos arteriales, uno superior que irriga la parte correspondiente de la retina en el tapete lúcido y los otros dos grupos laterales que se dirigen a los lados correspondientes; es común que estos vasos comiencen a ramificarse finamente después de su salida del disco óptico; a veces he visto no un solo vaso grueso, sino cuatro que se desprenden de uno de los ángulos y arterias muy finas que salen de la excavación y recorren la papila en diversas direcciones; dos veces he visto el disco óptico oval y en un sujeto (policia) no he observado el tapete lúcido que frecuentemente es verde sino lo encontré amarillo. La situación de la papila la he visto en el segmento superior del fondo del ojo; el pigmento es verde brillante con areola amarilla alrededor. Es francamente verde en la periferia; el tapete llamado oscuro es rojizo sobre un fondo ligeramente amarillento disponiéndose el pigmento en zonas que dan un aspecto más oscuro y acumulándose algunas veces alrededor del disco óptico; el límite entre los dos marca una línea bastante irregular.

1a. Observación. — Febrero 8.—Perro de 10 kilos. Anestesia clorofórmica. Punción cisternal. Presión 10 de agua al Man. Claude, con oscilaciones entre siete y quince. Inyección de 10 c. c. de suero fisiológico tibio. Aumenta la presión a 25 y antes de 1 minuto vuelve a la normal. Durante la inyección se acelera el ritmo cardíaco, la respiración se hace de tipo diafragmático y aparecen convulsiones en los miembros. Las observaciones del fondo del ojo, se hicieron como en los casos siguientes cada media hora, hasta completar ocho; después cada hora, y finalmente cada seis horas. La observación comprendió un período de tres semanas o más.

No se presentó ninguna alteración oftalmoscópica.

2a. Observación.—Febrero 8.—Perro de 8 kilos. Se inyectan 25 c. c. de agua destilada en la yugular; a las seis horas se observó una ligera congestión de los vasos del fondo que desapareció dos horas después. En las horas y días siguientes no se observó ninguna modificación.

3a. Observación.—Febrero 13.—Perro de 15 kilos de peso. Punción cisternal. Presión con el manómetro, de 10; se inyectaron 15 c. c. de suero fisiológico; sube la presión a 25 c. c. y vuelve a la normal antes de 1 minuto; durante la inyección se observaron los mismos fenómenos que en el primero: pulso 120 por minuto, respiración 20; inmediatamente después de la inyección, pulso 160; respiraciones, 24 por minuto. Minutos después ligera congestión de las venas retinianas, que duró dos horas y

desaparece en seguida. Se observó al animal durante tres semanas haciendo la observación 3 a 4 veces al día, y nada anormal se observó.

Observación Núm. 4.—Febrero 8.—Perro de 10 kilos. Anestesia clorofórmica. Punción cisternal, 10 de presión; se inyectó suero fisiológico hasta que la aguja del manómetro llegó al máximo. Instantes después se nota que la presión baja lentamente, no se observó nada anormal en el fondo del ojo.

Observación Núm. 5.—Febrero 14.—Perro negro de 10 kilos. Punción cisternal e inyección de 20 c. c. de suero fisiológico tibio. Respiración diafragmática, taquicardia durante la inyección, convulsiones en los miembros; después de la inyección, bradicardia. Presión, 11; secundaria, 28; vuelve rápidamente a la normal. El mismo día se advierte una congestión ligera de los vasos. Días 17, 18 y 19 todo es normal.

Observación Núm. 6.—Febrero 22.—Perro de 10 kilos de peso. Punción cisternal seguida de la inyección de 40 c. c. de suero inyectados muy lentamente. Presión 8; secundaria 40 que vuelve a la normal antes de 1 minuto. Se observó una dilatación vascular que desaparece doce horas después.

Observación Núm. 7.—Febrero 26.—Perro de 20 kilos. Punción cisternal e inyección de 60 c. c. de líquido. Murió.

Observación Núm. 8.—Marzo 15.—Perro de 8 kilos. Punción cisternal e inyección de 10 c. c. de suero; congestión de la papila más marcada del lado izquierdo. 16, 17 y 18, fondo normal.

Observación Núm. 9.—Febrero 16.—Perro de 11 kilos de peso. Punción cisternal e inyección de 15 c. c. de suero; presión de 8 c. c., se observó ligera congestión de los vasos de la papila después de la punción; observación hasta el día 20, normal; al mismo animal se le hace nueva punción y se le inyectan lentamente 30 c. c. de suero fisiológico; presión secundaria de 40; el examen oftalmoscópico reveló 1/4 de hora después, dos focos hemorrágicos en el ojo izquierdo a medio diámetro del ángulo inferior de la papila, congestión de la misma y engrosamiento de los vasos en el ojo izquierdo; en el derecho sólo se aprecia una ligera congestión e hinchamiento de los vasos; 26 de febrero: se observa un borramiento y aparece un enturbiamiento de la papila derecha en su borde temporal; las observaciones se hacen 2 veces por día y el 3 de marzo desaparecen progresivamente las alteraciones descritas hasta desaparecer por completo, aun las hemorragias, el día 8.

Observación Núm. 10.—Perro de 15 kilos. Punción cisternal con 20 c. c.; el 15 de febrero, presión inicial de 12; secundaria de 38 que regresa rápidamente a la normal. Se observa ligera congestión de los vasos de la papila que desaparece cuatro horas después; el aspecto oftalmoló-

gico es normal durante los días 16 y 20, en que se hace una nueva punción e inyección de 25 c. c. de líquido. Momentos después de la inyección aparecen hemorragias retinianas en los dos ojos; son pequeñas, discretas, se encuentran dos en el ojo izquierdo y tres en el derecho a un cuarto de diámetro papilar. Exámenes oftalmoscópicos repetidos no descubren sino una ligera congestión del fondo en los días subsecuentes y quince días después han desaparecido.

Observación Núm. 11.—Febrero 14.—Perro de 7 kilos. Punción cisternal e inyección de 10 c. c. de suero; marcha cerebelosa. Días 15 y 16 normal el fondo; día 17 ligera congestión del fondo del ojo. Día 18 aún perdura la congestión de los vasos, y se advierte en el ojo derecho un borramiento del disco óptico. Día 19, ojo izquierdo, vasos congestionados solamente. Día 20, O. P. papila congestionada y borrada; O. I. papila borrada; estos mismos signos se observan los días 21, 22, 23, 24, 25, 26 y 27; el día 2 de marzo desaparecen todos estos signos.

Observación Núm. 12.—Perro de 10 kilos. Se hace inyección de 25 c. c. de agua en la yugular y no se observa nada anormal en el fondo del ojo, el día de la inyección, 9 de febrero; el día 16 inyección de 15 c. c. de sangre coagulada en la cisterna magna.

Tres días después aparece un ligero estado congestivo en sus dos papilas, que se hace muy marcado y aparece un borramiento del lado temporal de ambos discos ópticos; 23 de febrero, el disco óptico aumenta de tamaño con sus bordes francamente esfumados. Este estado persiste 20 días, para desaparecer progresivamente.

Observación Núm. 13.—Perro de 8 kilos. Inyección de 10 c. c. de sangre en la cisterna magna el día 9 de febrero de este año. Dos horas después de la inyección vasos retinianos tortuosos, hinchados; en los días siguientes desaparece este estado y ocho días después el fondo del ojo es normal.

Observación Núm. 14.—Febrero 8.—Perro de 10 kilos. Inyección de 100 c. c. de agua caliente en la yugular. En los momentos que siguen a la inyección no se observó nada anormal, lo mismo que en los días subsecuentes.

Observación Núm. 15.—Perro de 10 kilos. Operado el día 9 de febrero, haciendo ligadura de las dos yugulares. Del día 9 al 17, fondo normal; continúa la observación hasta el día 21, en que se aprecia un ligero borramiento de la papila; los vasos son normales; este estado persiste hasta el 8 de marzo, siendo en esta fecha su fondo normal.

Estas observaciones demuestran que la hipertensión intracraneana producida por inyecciones de suero fisiológico en la cisterna magna del perro producen un estado congestivo del fondo del ojo y borramiento de

la papila en algunos casos con dificultad en la circulación de retorno; signos idénticos a los que se observan en el primer período del edema papilar en el hombre y que tiene un valor diagnóstico como el mismo edema en la hipertensión intracraneana post-traumática. Concuerdan estos datos con los que obtuvo el Dr. Fernando Valdés Villarreal, respecto a que la hipertensión intracraneana es pasajera y guarda relación con la cantidad de líquido inyectado.

Observación Núm. 16.—13 de febrero.—Perro de 12 kilos. Se produce hipertensión craneana permanente bloqueando con un catgut el acueducto de Silvio; operación de Dandy con trépano sub-occipital y resección del arco posterior del atlas; anestesia clorofórmica. Después de la operación se observa bradicardia, con convulsiones en los miembros, vómitos, fondo de ojo normal, en la tarde hay hipertemia. La observación oftalmoscópica practicada en los días 14, 15, 16 y 17, dió a conocer una congestión notable del fondo de ambos ojos; día 18, fuerte congestión de los vasos de la papila sobre todo de los que emergen del vértice de la misma; venas flexuosas; bordes de la papila esfumados. Día 20: Ligero edema, se acentúa la congestión de las venas que son flexuosas al salir de la papila sobre todo en el lado interno. Día 21, mismos signos; el animal triste, vomita y no come, con signos cerebelosos. Día 25 a 27, mismas lesiones. Marzo 4: Edema papilar franco. Marzo 8: Punción cisternal que hace bajar la presión intracraneana. Día 12 de marzo, el edema disminuye considerablemente; 15 de marzo, venas menos flexuosas y congestionadas; el animal mejora de su estado general. De esa fecha hasta el día 28, disminuyen considerablemente el borramiento y la congestión hasta desaparecer.

Observación Núm. 17.—Febrero 14.—Perro de 15 kilos. Trepanación sub-occipital y resección del arco posterior del atlas; se introduce un tapón de algodón en el orificio externo del acueducto de Silvio, después de haber levantado hacia arriba el vermis cerebeloso; los mismos signos generales observados en el caso anterior y nada anormal en el fondo del ojo. Al día siguiente se marca una intensa congestión del fondo del ojo y un borramiento del disco óptico, cinco días después con edema de la papila.

La autopsia del perro practicada el 22 de marzo demostró la persistencia de la oclusión.

Observación Núm. 18.—Febrero 18.—Perro de 12 kilos. Operación de Dandy. Introducción de catgut doblado en cuatro hebras como en los casos anteriores; al día siguiente de la operación no se observa nada anormal en el fondo del ojo, el animal tiene un síndrome cerebeloso y muere 24 horas después; en este caso y en la autopsia de dos más pudi-

mos observar que el catgut no tomó la dirección del acueducto de Silvio como en el primer caso relatado, sino que dirigiéndose a la izquierda o a la derecha, tocó y desgarró el cerebelo; se encontró una intensa congestión meníngea en toda la dura madre; los ventrículos laterales normales en su tamaño y capacidad.

Observación Núm. 19.—Perro de 15 kilos; operado el día 23 de febrero. Se hace una trepanación parietal y una compresión con algodón sin abrir la dura madre. Observado en la tarde de la intervención presenta una ligera congestión venosa. Al día siguiente hace una intensa edema papilar, con borramiento del disco óptico; días 25, 26 y 27, aumenta ese borramiento y los vasos gruesos y flexuosos; murió el día 28 y la autopsia reveló una intensísima congestión del encéfalo y de la dura madre.

Observación Núm. 20.—Perro de 13 kilos de peso. Trepanación en el parietal derecho y compresión con algodón. Febrero 22.—Día 24, borramiento de la papila del lado temporal en el ojo derecho, el izquierdo sólo presentan una congestión de sus vasos; este estado dura hasta el día 2 de marzo; el borramiento de la parte temporal se acentúa más. Día 4 continúa marcado el borramiento del ojo izquierdo en su porción temporal; O. I. normal; 8 de marzo edema en las dos papilas, marzo II avanza el edema papilar en los ojos. Perdura hasta el momento de la observación final, 31 de marzo.

Observación 21.—Marzo 2.—Perro de ocho kilos. Trepano con infección. Al día siguiente meningitis. Fondo normal. Día 4. Ojos normales; se continúa la observación el día 12 de marzo, muere el animal con meningitis; fondo normal.

Observación Núm. 22.—Perro de 10 kilos.—Marzo 3. Trepano e infección. Muere a los tres días y en la autopsia se encuentra congestión de todo el encéfalo y natas purulentas; fondo normal, durante los tres días.

Observación Núm. 23.—Perro de seis kilos.—Marzo 4. Trepanación e infección. Muere en las primeras 24 horas sin haberse observado nada anormal en los dos ojos. Meningitis y encefalitis.

Observación Núm. 24.—Perro policía de 18 kilos de peso.—Marzo 8. Trépano parietal izquierdo y compresión con algodón, sin abrir las meninges. Obs. el día 9 normal; el día 11 aparece un borramiento del disco papilar con estado congestivo de las venas; el día 12 se hace aún más marcado. Día 13 es más visible del lado derecho.

Mismos signos observados durante 10 días; día 25, comienza a disminuir hasta la fecha de observación 31 de marzo.

Observación Núm. 25.—Perro de 18 kilos.—Operación el día 12 de marzo. Trepanación e inundación del ventrículo izquierdo con cinco c.c. de sangre. Resp. 100, pulso, 160; cuando se inundó el ventrículo la respiración fué muy lenta durante cinco minutos; después una taquípea de 100 por minuto; coma. Ojos dirigidos abajo y adentro. El día de la operación se observó un edema del vitreo que duró 24 horas, y no permite ver el fondo del ojo; día 15 edema papilar en los dos lados; papila congestionada, vasos gruesos congestionados y flexuosos; éste estado aún perdura el 31 de marzo.

Observación Núm. 26.—Abril 2.—Perro de 10 kilos. Trépano con infección. Fondo normal. Muere 24 horas después. Autopsia: meningitis generalizada con congestión del encéfalo.

Observación Núm. 27.—Perro de 7 kilos. Abril 13. Trépano parietal derecho con infección; se usa un cultivo puro de estreptococos. No se observa nada anormal en el fondo del ojo durante seis días. La autopsia reveló una congestión intensa del encéfalo con adherencias.

Se hicieron cuatro observaciones más de inundación ventricular, inyectando en el perro chico 3 c.c. de sangre y en el grande 5, que es el contenido normal, con los mismos resultados; se observó en todos los casos un verdadero edema del vítreo que predomina del lado operado con coágulo de 4a. parte de lo introducido, no existiendo edema cerebral al edema ulterior de la papila. La autopsia de estos animales reveló absorción total del coágulo a las cinco semanas; en un caso se encontró un ser sacrificado.

Se trabajó con 7 lotes de perros con este resultado:

1er. Lote.—Inyección de suero fisiológico en la cisterna magna para aumentar la presión intracraneana. Se observa en algunos casos, congestión papilar y hemorragias de la retina.

2o. Lote.—Inyecciones intravenosas de suero fisiológico. Ligera congestión del fondo del ojo, que dura poco tiempo.

3er. Lote. — Se produce hipertensión experimental, bloqueando el acueducto de Sylvio. Operación de Dandy. Congestión del fondo del ojo y edema.

4o. Lote.—Se bloquea el conducto con un tapón de algodón; idénticos resultados.

5o. Lote.—Trépano parietal y compresión con algodón. Igual resultado.

6o. Lote.—Trepanación e infección con cultivos de estreptococos o estafilococos. Muere el animal con meningo-encefalitis. No se produce ninguna alteración en el ojo.

7o. Lote.—Trepanación e inundación de los ventrículos con sangre. Resultado: edema del vítreo y de la papila.

Este estudio experimental demuestra la posibilidad de provocar los signos premonitores del edema papilar, por aumento de la presión intracraneana y aun el mismo papil-edema, pero no observé ningún signo de él en las grandes infecciones experimentales agudas.

CONCLUSIONES:

Es indiscutible que estas infecciones no son iguales a las que se observan en el hombre en donde se ha encontrado este síndrome, pero de cualquiera manera, demuestran que por sí solas y en el terreno experimental, no producen el edema de la papila.

En los traumatismos del piso posterior se observa con el doble de frecuencia el edema papilar; es muy frecuente el edema papilar en los T. C. E. (un 17%); su mecanismo deriva de un aumento de presión intracraneana como lo he observado experimentalmente; nunca lo observé después de una infección experimental en el perro, ni en las que complican a los T. C. E. con lesión de las partes blandas.

Su significación respecto a que traduce siempre una hipertensión intracraneana hará que se investigue en un momento temprano en todos los traumatizados; los signos de esta hipertensión por el examen oftalmoscópico sistemático que deberá siempre hacerse; *los signos premonitores del edema tienen igual valor clínico que el mismo edema papilar*, como lo demostré experimentalmente. Deciden en muchas ocasiones la intervención quirúrgica.

TRIBUTACION.

Ha caído el Titán.

Ha muerto ULISES VALDES: un Maestro con el ejemplo, un Símbolo de la amistad.

Los que tuvimos la más grande satisfacción, hoy orgullo, de haber estado cerca de él, comprendimos la pureza de su alma.

Frío en su verbo, tajante en el consejo; siempre humanizó todos sus actos

Fué Consuelo para el aflijido; Cariño para los suyos; Bondad y Humildad para todos.

Miles de manifestaciones objetivaron la grandeza de sus sentimientos.

Elejido, dejó, como huella de su existencia una estela luminosa que, a la vez que es recuerdo, es guía para los que aspiran una vida ejemplar de Hombre, pero de hombre bueno.

Descanse en paz.

A. B. C.

**BISMUTOTERAPIA
DE LA SIFILIS**

por via intramuscular

**NEO-
CARDYL**

SOLUCIÓN OLEOSA
(de butyltiolaurato 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° 12.085 D.S.P. - PROP. N° 6514

Usese por prescripción médica

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA**

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

I O D A M E L I S

Reg. No. 6671 D. S. P.

Prop. 12711.

YODOYODURO DE POTASIO HAMAMELIDINA.

MEDICACION CARDIO VASCULAR TOTAL.

en los ARTERIOESCLEROSICOS, URICENICOS, HIPERVISCOSOS,
en los HIPERTENSOS VENOSOS, CIANOSICOS, VARICOSOS.

Dosis: 20 a 40 gotas tomadas dos veces al día en cada comida.
Usese por prescripción médica.

Laboratorios J Logeais.

Blng. Sug - Seine — PARIS, FRANCE.

REPRESENTANTE PARA LA REPUBLICA MEXICANA:

MAX ABBAT.

Lucerna 47.

México, D F

Apartado 26

SANYN

BI-YO-CLICOL

Sanyin

INFANTIL
REG. N° 15385. D.S.P.

ADULTOS
REG. N° 14926 D.S.P.

INDOLORO.

SIFILIS
EN TODOS SUS PERIODOS
BISMUTO en FORMA
ANIONICA
ELECTRONEGATIVA

Sanyin

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

Informe del Estudio Psiquiátrico y Médico-Legal del Asesino del Profesor Doctor Oscar Fontecilla⁽¹⁾

Por los Dres. JAIME VIDAL
OLTRA, VOLNEY QUIROGA
ARENAS y WALDO ITURRA
MOREIRA

SEÑOR JUEZ:

Jaime Vidal Oltra, Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, Volney Quiroga Arenas, Médico Legista de Santiago y Waldo Iturra Moreira, Profesor agregado de Psiquiatría Legal de la antedicha Facultad, designados por US. en la causa No. 25594 seguida contra CARLOS REBOLLEDO MATAMALA por homicidio del Dr. Oscar Fontecilla, con el objeto de informar acerca de las facultades mentales del referido reo, pasamos a exponer a Uds. lo siguiente:

ANTECEDENTES JUDICIALES.

El día 30 de Marzo pasado, el reo Rebolledo que asistía a la consulta del Dr. Fontecilla y mientras éste dándole la espalda, hablada por telé-

(1) En las columnas de esta Revista se dió a conocer con profunda pena la trágica muerte del eminente Profesor Dr. Oscar Fontecilla, insigne psiquiatra chileno cuya desaparición ha sido una gran pérdida no solamente para la psiquiatría chilena sino mundial. El eminente Dr. Fontecilla además de alienista se distinguió también como filósofo, pensador, orador y político. Fué víctima de su especialidad, pues murió a manos de un enajenado cuyo estudio Médico-Legal tomado de los Archivos Chilenos de Criminología, nos ha parecido muy interesante reproducir. (S. R. M.)

fono, disparó tres tiros de revólver, hiriéndolo mortalmente pues falleció pocas horas después en la Asistencia Pública, Posta Central, a donde fué conducido. El hechor no huyó siendo aprehendido poco después, confesando desde el primer momento su actuación en el homicidio. Como por sus declaraciones y por la propia expresión del Profesor Fontecilla poco antes de morir, había sobrados fundamentos para pensar que se trataba de un enfermo mental, ese Tribunal ordenó el examen de sus facultades mentales por peritos psiquiatras.

OBSERVACION CLINICA

Nuestra observación clínica fué iniciada separadamente por cada uno de nosotros desde el día 7 de abril del presente año y continuada con periódicas visitas en la Cárcel Pública hasta la presente fecha en que, reunidos y después de estudiados los autos y confrontadas nuestras observaciones clínicas y los exámenes de Laboratorio y de otros especialistas a quienes debimos consultar, resumimos en el presente informe los resultados de las investigaciones clínicas.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Padre, de temperamento nervioso, irritable, habitual, sexagenario. Fué alcohólico antes de su matrimonio que efectuó a la edad de 32 años. Madre viva, enferma del corazón desde hace más de tres años; hipertensa (21 al Vaquez) presenta una reacción de Wasserman positiva en un examen hecho en Marzo de este año en un Laboratorio de Valdivia. Alteraciones generales debidas a la menopausia que se instala en ella. El matrimonio ha tenido ocho hijos, vivos, sanos; varios abortos quirúrgicos. Una de las hijas operada hace poco de apendicitis.

ANTECEDENTES PERSONALES

Nuestro examinado es un individuo de 21 años de edad, soltero, nacido en Valdivia. Nació de término de un parto eutócico, desarrollo infantil normal. Empezó a estudiar a los siete años, adquiriendo rápida instrucción primaria. A los doce años ingresó a la sexta preparatoria del Liceo de Valdivia, siendo uno de los mejores alumnos del curso, continuando sus estudios hasta sexto año de Humanidades que cursó en buena forma el año 1935. No siguió carrera universitaria por divergencias con su padre quien deseaba que su hijo siguiera la carrera de ingeniero, mientras éste

deseaba ser abogado. Durante el año siguiente se quedó en el campo al lado de su padre trabajando en la agricultura y ganado en el fundo de su propiedad. Llevaba una vida moderada y demostrándose aficionado al teatro, fué siempre retraído, susceptible y de un exagerado amor propio. Siempre demostró más afectuoso con su madre que con su padre. En el verano de 1936, sintiendo numerosas molestias que radicaban en el plexo solar y regiones vecinas (estómago, hígado) vino a Santiago, consultando al Profesor Vidal y luego a los Drs. Allende Navarro y Fontecilla, permaneciendo hasta agosto de ese año en Santiago mientras se efectuaban tratamientos eléctricos prescritos por el último facultativo. Vuelto en agosto del año pasado a su casa, permanece en ella hasta marzo de 1937, fecha en que vuelve a Santiago consultando nuevamente al Dr. Fontecilla a quien, por culparlo del agravamiento de sus trastornos, fenómenos de los que hablaremos en detalle, más adelante, últimó, de tres disparos hechos por la espalda en su consultorio particular.

Antes de continuar la observación clínica, vamos a transcribir, por considerarlo de un indeseable valor clínico, dos documentos: Uno, el resumen de una hoja clínica hecha por uno de nosotros el año 1935 y 1936 a este enfermo y otra, una carta que el reo dirigió a pedido de otro de nosotros, en el mes de abril de este año, días después del homicidio por el que es actualmente procesado.

"Dr. Vidal Oltra: Observación de Carlos Rebolledo Matamala.

"27 de diciembre de 1935."

"En cada pueblo un estado de ánimo distinto.

"Todas mis molestias se localizan en el plexo solar. En un día hermoso me siento bien, en un día feo, mal. Cuando veo el título de un libro y tengo alguna duda sobre él, la duda se localiza en el plexo. Tengo un amor propio enorme y lucho por tener diez millones de pesos. Cuando está mal el plexo éste lo domina, pero cuando está bien es él quien domina. Se considera enfermo desde hace cinco años y comenzaron sus molestias por un estado de pena, de sensación hipocondríaca, de profundo malestar interior. Cuando funciona bien mi plexo yo me considero un hombre superior capaz de conocer a las personas con una mirada, de retratarlas y aún de adivinar sus ideas.

"14 de abril de 1936.

"Aún le queda la raíz del mal en el estómago, ha consultado al Dr. Allende Navarro pero quiere de nuevo que el Dr. Vidal lo mejore. Ahora mismo (señala el estómago), no está bien. "Siente algo como un gran

"peso en su interior. He pensado un gran tiempo en que he sentido gusto por la vida. Expone a continuación sus proyectos de trabajo: Voy a trabajar en algo que "le dará risa: Voy a trabajar en una tienda en el Sur y funcionando bien ésto, señala de nuevo su estómago, voy a hacer maravillas en la Zona y a los 20 años voy a ser millonario. Me siento menos mal y menos bien. (Reímos ambos de la expresión incoherente). Vuelve luego a nuevas divagaciones sobre el tema central (plexo solar).

"14 de agosto de 1936.

"Se hizo 85 aplicaciones de tratamientos eléctricos, lluvia y galvánica, con el Dr. Fontecilla y se ha puesto "medio leso". Se le recogió el plexo y nota un gran cambio en su funcionamiento y percibe una sensación de adormecimiento cerebral. Ahora ni siquiera puede pensar. Duerme bien pero no tiene ningún deseo ni alegría de vivir, "no hay vida", "no hay voluntad", "no hay ambición", después que Fontecilla me ha atrofiado el plexo con sus aplicaciones eléctricas".

CARTA DE CARLOS REBOLLEDO AL DR. ITURRA:

Abril de 1937.

"Las primeras manifestaciones de variaciones en mi vida emotiva las sentí a la edad de 16 años; sentía en las tardes, pasado las doce sobre todo en los días de sol, una tristeza sin motivo que las justificara. Al comienzo no me di cuenta del asiento de estos estados: como ese cambio seguía su curso los estados se fueron haciendo más variables y las emociones más intensas; a las tristezas se unieron estados de depresión y emociones de rabia; aquí me di cuenta claramente que el asiento, como lo llamo más arriba, estaba localizado en la región más superficial del estómago, las tristezas las sentía en esa región; las rabias redundaban ahí y las depresiones que eran los estados más constantes, formaban como un círculo que cubría el estómago y que significaba el foco de la infelicidad espiritual. En este estado de depresión la totalidad de mis energías se paralizaban y además del decaimiento físico, que se agregaba al estado emocional cuando la depresión llegaba a su máximo de intensidad, se obscurecían completamente mis facultades intelectuales y una sensación de peso o de paralización, algo que no puedo definir bien, me cubría la región frontal; si la depresión salía del plexo solar, salía también el peso de la región frontal y el cerebro recobraba su lucidez habitual. El resto de mi vida se desenvolvió en un torbellino de emociones negativas que reaccionaban al menor

influjo en las actuaciones de la vida y producían su efecto. Pero de vez en cuando, (en una ocasión durante ocho días) mi vida emotiva actuaba, podría decirse, en línea positiva, me sentía poseedor de trascendentales poderes que el creador me había dotado para la conquista de mis desorbitadas ambiciones y los momentos más felices de mi vida fueron aquellos en que pude dar libre vuelo a mi imaginación mientras mi espíritu bullía en un éxtasis (estado desconocido de la imaginación del mundo) de deseo, de amor, de ansia desmesurada por la gloria y por la conquista de mis ambiciones que significaban mi vida y el cumplimiento de su destino.

Mi vida entera dependía del plexo solar, ahí localizaba la felicidad o la dicha verdadera y le otorgaba el poder de ser el dinamo de la energía que dirige el mundo.

Al hacerme las galvanizaciones transtomacales experimenté con las cuatro primeras una reacción de un día, después con las siguientes vino un período raro, de emociones internas y al cabo de unas diez aplicaciones más, sentí nuevamente una reacción, pero un bienestar forzado pero artificial. Esta nueva reacción y ninguna de las siguientes duró más de un día y siguió un período de contracciones internas de los músculos de esa región, parece, y eliminaba en la orina sustancias extrañas.

Al cabo de unas doce o quince aplicaciones o más sentí nuevamente una reacción pasajera y comenzó también nuevamente otro período de contracciones y malestares raros (el Dr. me decía que ésto sería porque se estaba eliminando la enfermedad) y que como me sentía la primera vez me iba a sentir siempre, y eliminaba en la orina sustancias de color blanquizco, también sentía una sed y deseos de comer frutas, al cabo de unas 18 ó 20 aplicaciones más sentí una reacción otra vez pero que, como las otras disminuían relativamente en intensidad con relación con la primera y vinieron nuevamente los malestares raros acompañados de sensaciones agudas como si los nervios estuvieran heridos, aumentó las eliminaciones del concho de la orina y el resto aparecía espeso al parecer debido también a sustancias extrañas. Creyendo que el deseo de comer fruta se manifestaba porque el organismo necesitaba la sustancia que contiene, con la autorización del Dr. tomé Rytarmón y al cabo de unas 25 aplicaciones más sentí una nueva reacción pero mucho menos intensa que duró muy poco, al completar las 85 aplicaciones (entre éstas me hice también algunas lluvias eléctricas) y sentí una paralización como inflamación, en el plexo solar, no podría explicar bien pero fué sensación proveniente de afección. Al mismo tiempo me vino un peso en el cerebro, que tengo hasta ahora, en la región frontal, se entorpeció la inteligencia y con la supresión completa de la vida espiritual la abolición absoluta emocional, desaparecieron también la totalidad de las condiciones superiores y fuera de haber quedado con

la inteligencia entorpecida, me he encontrado en una ruina de personalidad de carácter, me han convertido en un andrajo moral y psíquico y con ello también la vida se ha vuelto un puro sufrimiento; vivir significa para mí ahora, soportar el martilleo constante del desenvolvimiento de mi existencia en contraposición con mis instintos y tendencias".—(Firmado). —
Carlos Rebolledo Matamala.

EXAMEN PSIQUIATRICO

Se presenta ante nosotros un individuo de pequeña estatura, bien constituido, con aspecto entre tímido y receloso que presta una atención normal a nuestro interrogatorio, pero contestando siempre en forma reticente. Su vestimenta es correcta; su cuidado personal esmerado y en sus respuestas muestra hábitos de educación que corresponden a su condición social, (familia de hacendados del Sur de Chile). Su amabilidad a ratos desaparece y pone en sus expresiones cierta cortante frialdad, demostrando desconfianza hacia nosotros. Su memoria, tanto para los hechos antiguos (retrograda) como para los hechos recientes (anterograda) se aprecia normal y en algunos casos exagerada.

Sus procesos de asociación de ideas son rápidos. Su afectividad familiar aparece desarrollada, aunque en forma poco acendrada, al menos exteriormente, ya que nunca en nuestros interrogatorios ha expresado preocuparse o lamentar grandemente la situación que su crimen haya podido provocar en el seno familiar.

Su lenguaje es expresado con monotonía, sin grandes cambios de tonalidad emotiva, la que sólo aparece fuertemente teñida, cuando se refiere a hechos relacionados con su delito, momentos en los cuales se exalta y da brillo y colorido a sus expresiones.

En el Pensionado de la Cárcel Pública, donde ha permanecido, su conducta ha sido correctísima, trabando relaciones de sociabilidad con varios de los detenidos y dedicándose a algunos entretenimientos y juegos, como el de damas en el que demuestra singular habilidad. El resto del tiempo lo dedica a la escritura y la lectura.

Como se vé hasta este momento, sus condiciones psíquicas globales aparecen normales, ya que su atención, memoria, orientación, afectividad y conducta aparecen sensiblemente correctas. Pero como ya ha podido verse en la observación clínica de uno de nosotros, correspondiente a los años 1935 y 1936 y en la carta que escribió a uno de nosotros en Abril de este año, documentos que se reproducen precedentemente, se notan en nuestro examinado profundas alteraciones del juicio y del razonamiento, aparecien-

do en todas ellas, un delirio sistematizado, a base de ideas hipocondríacas y cenestésicas, que, alterando profundamente su personalidad, lo llevaron como vemos más adelante, a la consumación del crimen.

Además de los documentos intercalados agregaremos algunos trozos de nuestra observación clínica.

Rebolledo.—Se han frustrado todos mis planes.

No me han comprendido nunca los médicos. Tendré que comenzar a vivir. Yo sentía aquí convulsiones, un torbellino (señala el estómago). Se hizo aplicaciones criminales, no sentía después de ellas más emociones.

"Tenía un poder convincente único y con él voy a realizar mi obra y así se adormecerá mi cerebro, (señala la frente). En mi radiografía se puede ver, se presentan manchas. Desaparecieron todas mis cualidades, adivinaba las intenciones de las personas. Todo desapareció. No quiero que me curen; ya se embromó todo con la electricidad. Yo me sentía aburrido. Llegaba a una parte y todos se aburrían. Estoy seguro que las aplicaciones galvánicas, no la lluvia eléctrica, fueron las que me hicieron mal. En mis orines salía un concho blanco, espeso; se estaba eliminando poder. He quedado adocenado, más que adocenado".

"Yo quería la gloria, deliraba por hacer cosas grandes; aspiraba el triunfo. Ud. me dijo que tenía condiciones personales y que triunfaría. Yo no admitía que nadie ante mí se creyera inteligente. (Ríe con sonrisa suficiente). He quedado hecho un andrajo y moriré.

"Antes era un hombre y ahora soy un chiquillo; he cambiado de personalidad.

Cuando el Dr. Vidal me vió en agosto yo ya era otro. Yo no había llorado nunca; cuando supe que había quedado nulidad humana se me cayeron las lágrimas; sin embargo, seguí haciéndome aplicaciones eléctricas. Aquí mismo en la Cárcel estoy haciendo un papel ridículo. El día 10. de Marzo regresé a Santiago; estuve en mi pieza esperando que pasara el día. Escribí mis descubrimientos.

El castigo no significaba nada para mí. En la Cárcel estoy protegido del mundo. Fontecilla jugó conmigo. Me hacía aplicaciones para ver qué resultaba. Fuí el 16 a su casa y no salió, después el 24, en total tres veces en cinco días. Yo hacía tiempo, desde 1936, que lo responsabilizaba en mi desgracia. Yo quería matarme, pero después soñé que debíamos morir los dos. El había arruinado mi vida y no era posible que yo muriese y él no. Ya en el Sur el año pasado me resolví a matarlo. Creí que me iba a fallar y que no iba a animarme o que me arrepentiría si pasaba el tiempo; por eso vine a Santiago.

Aunque me castiguen no puedo arrepentirme de nada y menos de ésto. Me exasperaba sobre todo que a Fontecilla no se le diera nada los perjuicios que me había hecho, sin embargo, si ese día de la tragedia no veo la radiografía y él me dice que vea otro Doctor yo no lo habría muerto, pues se me habría enfriado la razón. Por fin mi labor estaba cumplida. Me vino una tranquilidad enorme después de este crimen, el más preciso y justo que se ha hecho. Pensé que teníamos que morir los dos; no me tecaía la nobleza de perdonarlo. Saqué el revólver y disparé. Yo no me maté porque pensé que después ya tendría tiempo para ello”.

“25 de Mayo de 1937.—Rebolledo refiere que ya hace varios meses que sus molestias al plexo han desaparecido. Tiene pérdidas seminales frecuentes. Ahora tiene sueños proféticos pues está convencido que será efectivo lo que sueña, v. gr., el fallo del Juez. Vió personas que decían: “Este individuo está con todas sus energías”, (viaje a la Casa de Orates). De ahí mi temor de ir allá”.

Otra vez soñé que me daban un balazo en un testículo y me sacaban \$5,000.00. ¡Soy profeta! y agrega: Un peligro para la sociedad!

Otro sueño: Fallo del Juez... El fallo del juez, no quiere... Tengo dos fuerzas, una que me hace decir las cosas y otra que me lo impide! ¡No! No puedo decírselo”.

En otra ocasión soñé que me veía en una casa de lujo donde yo reconocía que no era el sitio que me correspondía. Yo creo que este sueño simboliza el sanatorio donde debo de ir. Si no me protege Dios no sé qué habrían hecho conmigo. Yo tengo además mi religión que consiste en una escala de perfeccionamiento que se consigue luchando con la vida”.

De todo lo expuesto anteriormente, podemos afirmar la existencia de un estado delirante crónico, nacido de alucinaciones de la cenestesia, y de ideas hipocondríacas. Se da el nombre de cenestesis a la sensación general que nosotros tenemos de nuestro propio cuerpo, es decir, derivada de los órganos y de los tejidos considerados aisladamente con exclusión de los órganos de los sentidos. Estas sensaciones pueden dar lugar a percepciones imaginarias o alucinaciones, esto es a percepciones sin objeto (Ball). Cuando se instalan estas alucinaciones cenestésicas y al producirse una preocupación constante y mal fundada sobre la salud física y el estado de los órganos internos se habla de una idea delirante hipocondríaca. Como sabemos, el término delirio se emplea corrientemente para designar un conjunto de ideas mórbidas en relación con el “yo” o con el mundo exterior, o sea una idea delirante es una idea reñida, o sin fundamento, con la realidad.

La idea delirante hipocondríaca tiene ciertos caracteres de precisión, de convicción y se encuentra principalmente en la psicosis alucinatoria crónica, en el delirio de interpretación, en la melancolía, etc. Estas alteraciones de la sensibilidad visceral son el punto de partida de las ideas delirantes en el comienzo de las enfermedades ya nombradas y van acentuándose y hacen aparecer la desconfianza y la inquietud y terminan por constituir definitivamente un sistema delirante.

Pero para la aparición de estas alteraciones, hoy día se acepta obligadamente, la existencia previa de un terreno mentalmente arado o lo que se llama la constitución psicopática la que en nuestro caso se denomina constitución paranoica. Estos individuos se caracterizan por reunir en ellos el orgullo, la desconfianza, la susceptibilidad y una gran hipertrofia de la propia personalidad, caracteres que se esbozan desde los primeros años de la vida de estos individuos y que exagerándose por choques afectivos o sociales van a producir la etiología de los delirios sistematizados de interpretación y persecución.

En nuestro enfermo vemos nítidamente diseñadas estas características constitucionales: desde pequeño, egoísta, reconcentrado, orgulloso y susceptible. La aparición de trastornos hipocondríacos, que nuestro enfermo radicaba en el plexo solar y órganos vecinos, le trajo la convicción, sistematizada y delirante, de encontrarse allí radicada la llave de salud física y de su enorme poder intelectual. El agravamiento de sus alteraciones hipocondríacas, de lo cual culpa al último médico tratante, le impone la idea reivindicatoria imperativa. Nuestro enfermo expone en forma magistral como pudiera hallarse en cualquier tratado clásico de Psiquiatría, que seguramente nunca conoció la génesis y progresión fatal de sus ideas delirantes que habrían de arrastrarlo al crimen.

Por estas consideraciones clínicas llegamos a la conclusión de que nuestro examinado sufre de una enfermedad mental caracterizada por alucinaciones cenestésicas, ideas delirantes hipocondríacas, ideas persecutorias e interpretaciones delirantes, sin presentar otras alteraciones netamente intelectuales. Estos trastornos mentales han seguido una evidente progresión, constituyendo un sistema delirante sistematizado que en Psiquiatría se denomina Delirio crónico sistematizado, que en este caso sería un delirio con predominio de las ideas hipocondríacas. Los perseguidores hipocondríacos presentan reacciones antisociales patognomónicas: son matadores de médicos y cirujanos, cuando no intentan contra ellos querellas por perjuicios contra su salud física o mental.

En la literatura médico-legal abundan desgraciadamente estos casos, siendo algunos de los más célebres el asesinato del profesor Guinard, cirujano francés y el profesor Pozzi en París, cometido hace pocos años; en

Chile tenemos un caso semejante en el homicidio del Dr. Dodds en Antofagasta ocurrido hace tres años.

CONSIDERACIONES SOBRE DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Faltaría agregar algunas disquisiciones diferenciales con la "demen-
cia precoz paranoídea" donde si hay ideas delirantes persecutorias hipo-
condríacas éstas no tienen sistematización; además en esta afección men-
tal encontramos o un estado demencial franco o síntomas de la serie hebe-
freno-catatonía: discordancia ideo-fetiva, regativismo, estereotipias, catato-
nía, etc. Igualmente hay ideas delirantes hipocondríacas en los "melancóli-
cos", una de las formas de la "psicosis-maníaco-depresiva". Pero, en es-
tos casos la evolución es muy distinta y mientras el melancólico se queja
de un mal que merece, en el presente, el delirante se queja de un mal que
no merece, pero en el pasado. Las alucinaciones e interpretaciones por otra
parte, son la base del delirio crónico sistematizado y en la melancolía son
escasas; esta última enfermedad cura y el delirio es incurable, etc.

EXAMEN FISICO

Exámenes de Laboratorio:

Análisis punción lumbar; fecha 29 de abril de 1937.

Posición.—Sentado en flexión máxima del tronco.

Presión al Claude.—33.

Aspecto.—Líquido transparente que se escurre gota a gota.

Canidad extraída.—11 c.c. (Instituto Sanitas).

Análisis completo de líquido céfalo raquídeo.

Examen físico.—Líquido transparente agua de roca. Sedimento no hay.

Examen químico.

Albúmina, 0.15 por mil.

Glucosa, 0.61 por mil.

Cloruros, 7.40 por mil.

Reacción de Takata-Ara, normal.

Reacción de Weichbrodt, positiva.

Reacción de Pandy, negativa.

Reacción de Nonne-Appelt, negativa.

Examen Citológico.

Glóbulos blancos, 1.2 por mm³.

Glóbulos blancos, 0.8 por mm³.

Fórmula.

Linfocitos, 100 por ciento.

Reacción Wasserman-Calmette, positiva.

(Con tres unidades de anticuerpos) (Instituto Sanitas).

Análisis serológico de sangre.

Reacción Wassermann-Calmette, negativa.

Reacción de Hoecht, negativa.

Reacción de Kahn, negativa.

Examen de orina:

Cantidad recibida, 250 c.c.

Color, ambarado.

Cantidad recibida, 250 c.c.

Olor, sui géneris.

Aspecto, transparente.

Sedimento, nula.

Reacción, ácida.

Ph, 5,6.

Densidad, 1,017.

Análisis químico.

Urea, 21,43.

Acido fosfórico, 2,35.

Cloruro de sodio, 7,20.

Glucosa, no hay.

Acetona, no hay.

Acido Diacético, no hay.

Acidos biliares, no hay.

Pigmentos biliares, no hay.

Urobilina, indicios.

Indican, indicios.

Análisis microscópico.

Cilindros, no hay.

Glóbulos blancos, escasos.

Epitelio renal, no hay.

Cristales, no hay.

Microbios, regular cantidad.

Células poligonales y fusadas, regular cantidad.

(Instituto Sanitas).

Examen Oftalmológico:

19 de Marzo de 1937.

Acabo de examinar profesionalmente al joven Carlos Rebolledo Matamala y certifico que las reacciones pupilares de él y los fondos de ambos ojos son normales.

(Fdo). Dr. Sto'ting.

Aparato respiratorio.—Nada especial a la auscultación.

Aparato circulatorio.—Tonos cardíacos eréticos. Pulso regular, 70.

Aparato digestivo.—Boca en buen estado higiénico y funcional.

Abdomen indoloro a la palpación. Hiperestesia en el hueso epigástrico.

Aparato génito-urinario.—Pene y testículos normales. No hay cicatrices de chancros ni adenopatía inguinal.

Sistema nervioso.—Reflejos tendinosos y osteoperiósticos normales. Sensibilidad táctil y térmica normales. Sensibilidad profunda normal. Ligeros temblores de la lengua y párpados.

CONSIDERACIONES CLINICAS GENERALES

Por las consideraciones precedentes nos encontramos frente a un enfermo en el cual, el diagnóstico de delirio crónico que hemos sentado va a explicar fehacientemente la psicogénesis de la reacción homicida cometida.

Los delirantes crónicos son, como se sabe, los autores de la delincuencia razonada. Aunque este título parezca paradójal y contradictorio pues, en el lenguaje común, delirio y locura son considerados como sensiblemente equivalentes y uno y otro parecen excluyentes de toda idea de razón y de razonamiento (Verger); pero ésto no es exacto, el delirio en su forma durable está basado en razonamientos, es claro, de un modo especial de razonamientos.

El delirio de estos enfermos consiste, como en nuestro caso, en la aparición en el seno de la conciencia de representaciones y de sensaciones cenestésicas o hipocondríacas profundamente reñidas con la realidad. Pero estas concepciones delirantes no suprimen la actividad psíquica ordinaria, que permite justificarlas y sacar consecuencias cuya lógica es estrictamente rigurosa si se hace abstracción de la falsedad absoluta de las premisas. De esta suerte las ideas delirantes de esta clase de enfermos tienen dos caracteres fundamentales: Primero, su evidencia indiscutible, axiomática para el espíritu del enfermo y segundo, la intensidad de su valor afectivo y emocional que sobrepasa la tonalidad normal de todos los actos de la vida psíquica ordinaria. Por estas dos circunstancias, las ideas delirantes reafirmadas en el sujeto, orientan por sobre todos los actos de su vida y mien-

tras el individuo en apariencia lúcido, sigue la vida exterior de todo el mundo, su delirio lo hace vivir en un mundo imaginario, que lo conducirá irresistiblemente y fatalmente al crimen, si este crimen por muy atroz y repugnante que aparezca ante sus sentimientos, representa para él la única solución a una situación intolerable.

En las actuales circunstancias nuestro enfermo, convencido de la realidad de un poder vital, radicado en su plexo solar, que lo llevaría a las más altas esferas del poder y de la gloria, considera que, el médico que lo ha tratado cuando este poder pareció debilitarse, fué incapaz de curarlo, agravó con sus tratamientos su enfermedad y suprimió así la base física e indudable de su superioridad humana. Convencido de esos hechos, desesperado de su ruina física y moral, decide fríamente suprimir al culpable de su ruina. Habiendo ya condenado a muerte al Dr. Fontecilla, Rebolledo, estudia fríamente los medios de llevar a cabo su propósito. Estudió el sitio del suceso, se percató de que a veces el profesor Fontecilla cargaba su revólver y de otra serie de detalles que eliminados oportunamente, lo decidieron a cometer su crimen como lo hizo el día de la tragedia. Ante la convicción de ser el Dr. Fontecilla el culpable de su desgracia, nada valieron ni sus sentimientos religiosos profundamente acendrados ni sus sentimientos humanitarios, ni su timidez personal ni los daños que a su familia y a la de su víctima causarían.

Como en todos los casos, de delincuencia de delirantes, nuestro enfermo que había premeditado y madurado largamente su crimen, no toma ninguna medida para asegurar su fuga o su impunidad. Detenido, confiesa sin grandes dificultades, reconstituye y explica como lo hemos visto, todas las facetas de su determinación, no vacilando hasta declarar que reconoce perfectamente las leyes que ha transgredido.

CONCLUSIONES:

- 1) CARLOS REBOLLEDO MATAMALA es un enfermo mental. Sufre de la afección denominada en Psiquiatría "Delirio crónico sistematizado", basado en ideas hipocondríacas e interpretaciones delirantes.
- 2) Esta enfermedad es incurable.
- 3) Carlos Rebolledo es inintimidable, imperfectible y dadas sus reacciones antisociales es un individuo sumamente peligroso para la sociedad.
- 4) Una reacción similar a la que ha presentado es muy posible por lo que estimamos que debe estar recluido en un establecimiento adecuado y seguro.

Fdos.—Dr. Waldo Iturra Moreira.—Dr. Volney Quiroga Arenas.—
Dr. Jaime Vidal Oltra.

REG. N° 7168 D.S.P.

**PEPTONA - BOLDO -
SULFATO DE MAGNESIA**



PEPTOCHOL
MARCA REG. **U.M.M.**
*agente de canalización
médica de las*
VIAS BILIARES

POLVO FACILMENTE SOLUBLE

UNION MEDICA MEXICANA, S.A.
MEXICO, D.F.

MANUEL M. CONTRERAS 26
PROP. NUM 13156



SANATORIO Y MATERNIDAD
del

DOCTOR A. TORRES ALTAMIRANO

Avenida Chapultepec No. 374.

Teléfonos: Ericsson 4-35-67 — Mexicana L-36-35.

CIRUGIA · PARTOS · GINECOLOGIA.

SERVICIO A TODA HORA.

Todo enfermo puede ser atendido
por su médico de cabecera.



PRESENTACION:

Via oral-frasco de 20 c.c.
Inyecciones (intramusculares o
endovenosa) Caja de 3x2 c.c.

LITERATURA:

Prof. Dr. Max Hochrein.
Tratamiento Circulatorio con
Extractos de Organos.
(Munch. Med. Woch. 1936 No.24)

Reg No 19109 DIP Prop No 13305.

NO SE ESPECIFICA LA ACTIVIDAD DE ESTE PRODUCTO POR NO EXISTIR
METODOS DE CONTROL PARA COMPROBARLA, SU USO QUEDA BAJO
LA RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL MEDICO

Saechsisches Serumwerk A. G. Dresden

INSTITUTO SAJON DE SEROTERAPIA, S.A. DISTRIBUIDORES GENERALES: MESTER Y BREUER S. DE R.L.
Madero 40 Desp 208-9 Apartado 1250 México D.F.

SALUD
Y
VIGOR.

PERHEPAR TONICO. RICHTER.

De sabor agradable, aún para los niños.
POTENTE ANTIANEMICO, controlado biológica-
mente e indicado en todas las formas de anemia.

Contiene hígado concentrado y activado,
hierro, cobre, manganeso y fósforo.

DOSIS:

Adultos: 3 cucharadas soperas al día.
Niños: 3 cucharaditas cafeteras diarias.

DR. CARLOS PAVON A.

Enfermedades Nerviosas y Mentales

Sagredo 61

Tel. P-40-00

Mixcoac, D. F.

DR. ROBERTO F. CEJUDO

Transfusiones sanguíneas.

Bucareli 85.

Teléfonos: 3-34-50 y L-43-74

DR. TEODORO FLORES COVARRUBIAS

RADIOLOGIA, CLINICA Y ELECTRODIAGNOSTICO

GENOVA NUM. 39

TELS. 4-20-62 Y L-72-30

DR. JORGE TORRES MARTINEZ

CIRUJANO DENTISTA

AV. HIDALGO 19

TELEFONO L-33-15

DR.

GUIDO TORRES MARTINEZ

Rayos X. Terapia profunda.
Electropirexia.

Londres 13.

Teléfonos: 4-65-66 y L-72-68

DR.

GUILLERMO DAVILA G.

Enfermedades Nerviosas y
Mentales.

Regina Núm. 58

Tel. Eric. 2-69-39

Mex. J-14-41

REVISTA CLINICA

Por el Dr. CARLOS
PAVON A.

ENFERMEDADES DE BUERGER CON LOCALIZACION SILVIANA IZQUIERDA

La Trombo-angeitis obliterante, síndrome o enfermedad de Buerger, llamada así en honor del cirujano hebreo que la describió por vez primera en el año de 1906, después de numerosas observaciones verificadas entre la colonia judía de New York, es, hasta la fecha, una dolencia cuya posición nosográfica sigue discutiéndose; posee, sin embargo, particularidades etiológicas, clínicas y anatomo-patológicas que permiten considerarla, por la mayoría de los cardiólogos y cirujanos, como una entidad nosológica verdadera.

De asiento habitual en los miembros inferiores, rara vez en los superiores, la trombo-angeitis obliterante nunca se localiza en las arterias y venas viscerales; he revisado toda la literatura posible a este respecto sin encontrar citas que refieran esta invasión topográfica de la enfermedad; por ello me ha parecido interesante e ilustrativa la observación a que se referirá esta nota, en tratándose de una lesión de la arteria silviana izquierda aparecida en el curso evolutivo de una enfermedad de Buerger.

Para una apreciación mejor de aquella, será benéfico recordar, a grandes rasgos, la patología de los *síndromes de obliteración arterial*, ya que la enfermedad de Leo Buerger forma parte los mismos.

Los síndromes de obliteración arterial o de trombo-arteritis obliterante son fundamentalmente determinados por cinco tipos de arteritis periféricas, y que enumeradas en orden de frecuencia, con excepción de las traumáticas, forman el grupo etiológico siguiente:

I.—Arteritis agudas, generalmente de tipo infeccioso (tifoidea, tifo, reumatismo articular, etc.).

II.—Arteritis senil, que produce de ordinario el ateroma.

III.—Arteritis diabéticas.

IV.—*Arteritis Juveniles*, las que más interesan en el caso presente y que engloban dos grandes formas:

a). *La endoarteritis obliterante progresiva de Freidlander*, llamada también *ateroma juvenil o pre-senil*.

b). *La trombo-angeitis obliterante o enfermedad de Leo Buerger*.

V.—Las arteritis sifilíticas, que dan poco contingente a la obliteración arterial y que se encuentran en algunos casos de ateroma juvenil como causa evidente.

Todo estos grupos señalados, originan casi siempre obliteración arterial en los miembros inferiores, como localización dominante; pero las formas agudas, diabéticas, seniles y sifilíticas no-juveniles pueden, aunque con poca frecuencia determinar trombo-arteritis del sistema cerebral, no sucediendo lo mismo con las formas juveniles, y en particular con la trombo-angeitis, las cuales practicamente nunca dan esta extensión topográfica.

La enfermedad de Buerger y la forma -sub-aguda de la endoarteritis obliterante juvenil con frecuencia se confunden por la identidad de sus caracteres, aunque siempre existen datos para el diagnóstico diferencial; su semejanza es tal que ha ocasionado uno de los puntos más discutidos sobre la enfermedad que nos ocupa, es decir, el de si las formas juveniles son un mismo proceso con variantes o la enfermedad de Buerger es autónoma y diferente del ateroma juvenil (teorías unicista y dualista).

ENFERMEDAD DE BUERGER. — Etiología. Desde este punto de vista, sus características principales son las siguientes:

a).—Ataca siempre a los *sujetos jóvenes del sexo masculino*, de los 23 a los 50 años; nunca se ha observado en las mujeres.

b).—Tiene una predilección manifiesta por la *raza hebrea* (496 casos en 500 observados por Buerger), especialmente en los judios originarios de la Europa Oriental (Rusia, Polonia, Ukrania). Este carácter étnico de la dolencia es uno de los más distintivos.

c).—*Nunca es de naturaleza sifilítica*.

d).—La causa real del padecimiento se desconoce, pero en su aparición influyen bastante el *tabaquismo crónico* y la *exposición constante al frío*; por otra parte, es frecuente observarla como secuela del *tifo* y la *tifoidea*.

Desde el punto de vista anatómo-patológico la enfermedad de Buerger, como su nombre señala, es una *trombo-angeitis*, es decir las lesiones corresponden a *trombosis concomitante de las arterias y las venas*, teniendo predilección por las arteriolas y no por los gruesos vasos; histológicamente se trata de *panangetis* con formación de trombos fibronogemáticos

en cuyo seno se encuentran sistemáticamente *células gigantes pigmentadas*; la *trombo-angeitis gigante-celular*, es típica del padecimiento.

Caracteres clínicos.—La enfermedad de Buerger evoluciona por brotes sub-agudos sucesivos y es *esencialmente recidivante*, se inicia siempre en los miembros inferiores y en el 96% de los casos su principio es unilateral.

Comienza de modo habitual, por síntomas vagos, trastornos parésicos en lado enfermo: sensación de frío o entorpecimiento en las extremidades y algunas veces debilidad motriz durante la marcha.

Algunos meses después hace aparición el síndrome doloroso: es un dolor de esfuerzo, ligado estrechamente con la marcha, tipo de claudicación intermitente; se asienta en la pierna o en los dedos del pie, su intensidad puede ser variable, pero en general crece a medida que el esfuerzo aumenta, de todos modos el dolor tiene el *carácter constrictivo*, de torción, propio de los espasmos arteriales. Además de estas crisis de claudicación intermitente, el enfermo padecerá posteriormente, *dolores continuos*, de tipo *neurítico* preferentemente nocturnos y cuando tiene el miembro en posición horizontal; éstos dolores son de formas diversas: lancinantes, punzantes, de quemadura, etc. y en ocasiones son intolerables por su intensidad; generalmente se exacerban pocos días antes del período de gangrena.

A estos trastornos subjetivos se agregan alteraciones tróficas y vasomotoras del miembro afecto, que indican un déficit en la circulación sanguínea: los músculos se atrofian rápidamente, determinando misatenuas segmentarias; la piel de los dedos y el dorso del pie está fría, pálida, violacea, signos que se aumetan cuando se levanta el miembro verticalmente; por el contrario, en posición declive, la piel se pone roja, caliente y tumefacta. En estas condiciones el estudio arterial demuestra una deficiencia notable en el aporte sanguíneo: falta del pulso en las arterias pedía y tibial posterior; tensión local abatida considerablemente en relación con la del lado opuesto; las pruebas de Moszkowicz, de Aldrich y McClure y el índice oscilométrico enseñan, por otra parte, el límite de la obliteración vascular.

Fatalmente y modo rápido en ocasiones, la enfermedad evoluciona hacia la gangrena, la cual se anuncia por la exacerbación de los dolores, la mayor atrofia muscular, y el aumento de los síntomas de anemia local; generalmente dos o tres días antes el dolor se localiza en el dedo gordo y aparece entonces una pequeña placa de gangrena casi siempre situada en la cara plantar del dedo grueso o en la planta del pie; la intervención quirúrgica se impone pues los dolores tan intensos no permiten esperar la delimitación del tejido muerto y sano; de ordinario, en este padecimiento, la operación se hace *extensa*, mucho más allá de la lesión gangrenosa, pues

de todos modos la trombo-angeítis sigue invadiendo el miembro, ya sea in situ por invasión ascendente o a distancia; como se ha señalado, el trastorno vascular es *esencialmente recidivante* y obliga al cirujano a *intervenciones repetidas* cuando no se decide a la exéresis amplia del miembro; por lo demás, es frecuente que la enfermedad de Buerger "brinque" al lado opuesto, después de un tiempo variable.

No el carácter grave de la dolencia; ésta permite, la mayoría de las veces, muchos años de vida si las condiciones higiénicas alejan del enfermo la posibilidad de una enfermedad intercurrente.

Es por otra parte notorio, que el resto de aparato cardio-vascular está indemne: corazón, aorta, grandes vasos viscerales; el funcionamiento renal es satisfactorio y *ningún síntoma del sistema nervioso se descubre* (Vázquez, Laubry, Clerc, Buerger, Parkes, etc.)

Por último, se señala a la trombo-angeítis obliterante, un *cuadro hematológico especial* constituido por: poliglobulia, leucocitosis con polinucleosis, aumento de las plaquetas; aumento de la viscosidad sanguínea, disminución del tiempo de sangrado; elevación del contenido en la sangre de colessterina y glucosa.

HISTORIA CLINICA del señor I. E., de 42 años: originario de Polonia, raza hebrea; casado; comerciante; radicado en la Ciudad de México desde hace 20 años ingresó al Servicio en abril de este año.

En sus antecedentes heredo-familiares no hay datos que merezcan consignarse; en particular no se descubren taras nerviosas o mentales.

Su historia personal ofrece como hechos interesantes los siguientes: desde la edad de 14 años es fumador inveterado, hábito que abandonó apenas hace 5 meses; durante todo el tiempo que duró la guerra de 14 sirvió a su país en el frente de batalla sujeto a todas las contingencias, frío, mala alimentación, privaciones, etc.; excepto lo anterior debe señalarse, que fué infectado de blenorragia y que todos los informes referentes a la existencia de sífilis resultaron completamente negativos.

El principio y evolución de la enfermedad actual, seguidos en su curso cronológico, son relatados como sigue:

a).—En 1921 (hace 17 años), al levantarse de una fiebre tifoidea, que lo tuvo en cama durante un mes, comenzó a quejarse de miastenia en los miembros inferiores, la marcha ocasionaba cansancio y esta fatiga rápida de esfuerzo se hizo más evidente y casi exclusiva en el lado izquierdo, desde entonces, todos los trastornos que más adelante se señalarán, van a quedar localizados a este lado.

b).—Algunos meses después se añadieron parestesias en forma de sensación de frío y pesantez del pie y la pierna; casi simultáneamente se

quejó de calambres, originados al principio por la marcha y más tarde se presentaron también en reposo.

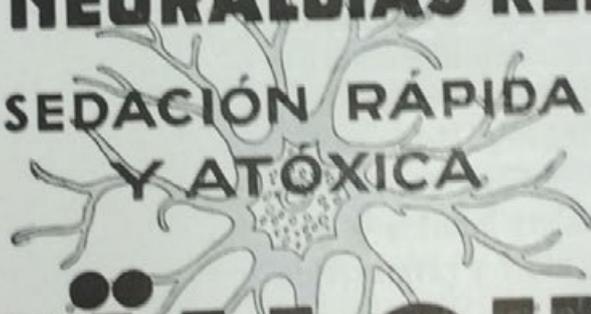
c).—Al cumplirse aproximadamente los tres años de iniciada la enfermedad, bruscamente un día, después de una marcha prolongada, presenta un cuadro sensitivo-motor, que se identifica fácilmente como claudicación intermitente. Esta vuelve a repetirse con dolores intensísimos, de carácter constrictivo, cada vez que el enfermo camina un largo trecho y es de notarse que, mientras la longitud de la marcha necesaria para desencadenar la crisis, se hacía más corta, la intensidad de aquella se acentuaba.

d).—Paralelamente a la claudicación comenzaron a observarse en la pierna y el pie afectados, signos ostensibles de asfixia local: palidez y frialdad constantes, manchas lívidas, trastornos que se hacían más notorios estando el miembro en posición horizontal o levantado sobre el plano de la cama. Por otra parte las masas musculares de la pierna se atrofiaron bastante y además el enfermo comenzó a quejarse de dolores de reposo, de predominancia nocturna, lancinantes, asentándose preferentemente en el pie con irradiaciones ascendentes; éstos dolores se calmaban cuando se colocaba el miembro en posición declive fuera de la cama.

e).—Hace 6 años, después de una semana de dolores intensos e intolerables, apareció en la planta del pie una pequeña placa de gangrena se-

TODAS NEURÁLGIAS REBELDES

SEDACIÓN RÁPIDA
Y ATÓXICA



NAÏALGINE

NAL ESTABILIZADO HIPERACTIVO
inyeccione ✓ indolora ✓ — 20 cc por día
en ampolla ✓ de
5cc. 10cc. 20cc

EMILE LOGEAS Pharmacien. 24, rue de Silly, BOULOGNE sur SEINE, PRES PARIS

"AUTORIZACIÓN 3914 D.S.P."

ca, sin tendencia a extenderse, pero que justificó la intervención quirúrgica; los Dres. Conrado Zuckermann y Mariano Vásquez verificaron al enfermo la simpatectomía peri-arterial en el paquete vascular del muslo, sin resultado, pues los dolores persistían con mayor intensidad y el esfacelo seguía extendiéndose; se procedió entonces a practicar la desarticulación medio-tarsiana y 48 horas después la herida operatoria se había gangrenado y el proceso siguió extendiéndose francamente hacia la pierna, por lo que se resolvió hacer la amputación de muslo en el tercio inferior, que permitió al enfermo ver alejadas sus molestias durante cinco meses.

f).—Después de estos cinco meses de curación aparente, la enfermedad hizo aparición en el miembro inferior derecho y decimos que es el mismo padecimiento, porque la sintomatología desarrollada en el curso de estos últimos seis años ha sido calcada de la anterior: parestesias sensación de entorpecimiento, calambres, claudicación intermitente, dolores, atrofia de los muslos de la pierna, fueron instalándose poco a poco y determinaron además de la incapacidad casi completa, un cuadro psíquico de tipo depresivo y angustioso.

g).—En diciembre del año pasado comenzó a quejarse de impotencia motriz discreta en el miembro superior derecho, lipotimias pasajeras, ligera dificultad para hablar, síntomas que en general eran transitorios. Bruscamente un día, al hacer esfuerzos para levantarse de la cama sufre una crisis de angor pectoris, por fortuna de poca intensidad y duración y una semana más tarde, igualmente de modo súbito, el enfermo es atacado de un ictus apoplec tiforme cuya duración no es posible fijar porque se encontraba solo y al salir de él se comprueba la existencia de hemiplejia cerebral derecha —completa y cruzada— y afasia total. Después de un mes, la parálisis flácida se ha convertido en espástica y además la hemiplejia ha adquirido franco predominio braquial, ya que los trastornos motores del miembro inferior y de la cara se han atenuado mucho; la afasia, prácticamente ha permanecido sin modificación ostensible.

h).—Hace algunas semanas apareció en el borde peri-ungeal del dedo gordo del pié, una pequeña placa de gangrena que se ha ido extendiendo a todo el dedo y se ha infectado secundariamente determinando dolores intensísimos en el pié y pierna derechas.

i).—Por último, como consecuencia de los trastornos afásicos y los dolores atroces que sufre el enfermo, se han instalado alteraciones mentales que se refieren a puerilidad mental, exacerbación del estado angustioso, llanto espasmódico, insomnio tenaz, inestabilidad motriz intensa.

Exploración neurológica.—Motilidad. Paresia facial derecha ostensible a la inspección estática, mucho más manifiesta a la exploración dinámica. Todo el miembro superior derecho está contracturado en flexión,

y adducción forzada, posición típica de la hemiplejía con contractura; el miembro está hipertónico, los movimientos pasivos muy difíciles de realizarse por la resistencia que ofrecen las masas musculares. No es posible que se verifique en este segmento ningún movimiento voluntario. En el miembro inferior correspondiente los trastornos motores y del tono son mucho menos acentuados; los movimientos activos, aunque limitados, pueden efectuarse con alguna amplitud, especialmente los del pié; existe hipertonia más marcada que en el miembro superior y es de predominio proximal. En el miembro superior izquierdo no se encuentran anomalías motoras; el tono se conserva normal.

La reflexia tendino-perióstica concuerda con la forma espástica de la hemiplejía: reflejos maseterino; tricipital, bicipital, radiales y rotuliano exagerados del lado derecho; los correspondientes al miembro superior izquierdo, normales. Los reflejos cutáneos ofrecen como datos patológicos, la disminución acentuada de los abdominales derechos y el signo de Babinsky de ese mismo lado.

Sensibilidad.—Aunque con alguna dificultad a la exploración, dadas las condiciones del enfermo, es posible afirmar que existe hipoestesia al dolor y la temperatura en el miembro superior derecho; existe por el contrario hiperestesia en el inferior correspondiente.

Lenguaje.—Trastornos mnésicos-asociativos.—Desde luego el paciente presenta afasia mixta de Broca con predominancia anártrica manifiesta. El trastorno anártrico es intenso y dificulta seriamente la exploración, no puede prácticamente pronunciar ni una sola palabra, como excepción de dos o tres: "estoy bien, doctor Zuckermann", por más esfuerzos que hace y exagera su mímica, solo logra emitir sonidos inarticulados, explosivos, pero que no representan ningún simbolismo del lenguaje hablado. La escritura igualmente es imposible, con ninguna de las dos manos pueden hacer las letras, ya sea dictándole o copiando. Los elementos agnóstico e intelectual de la afasia están igualmente presentes: hay sordera y ceguera verbales; las órdenes habladas que se le dan no las entiende cuando son complicadas; por otra parte se observa la intoxicación por la palabra: se le dice que abra la boca y continúa verificando el mismo movimiento aún cuando se cambie la orden. A la lectura se comprueba alexia literal y silábica: no entiende las órdenes por escrito, no reconoce las letras. Por último existe apraxia ideo-motriz en sus dos formas, de evocación y ejecución: se le ha mandado hacer el signo de la cruz sin resultado, pero cuando a la indicación se agrega el movimiento, el enfermo obedece por imitación (apraxia i-M. de evocación); se le entregó una pluma y un martillo de percusión diciéndole que **escribiera con la pluma y el martillo** lo devolviera y

comenzó a percutir la pluma (apraxia i-M. de ejecución por perseveración clónica); dándose un pañuelo se le indicó que se limpiara los ojos y después de un momento en que permaneció indeciso con la mano levantada (perplejidad motora), se limpió la nariz (disquinesia espacial.)

Con excepción de los datos anteriormente anotados, el resto del sistema nervioso permanece indemne; en particular los datos referentes a neuro-sífilis están ausentes.

La exploración del aparato cardio-vascular demuestra que los ruidos cardíacos son normales, no hay ruidos agregados, la aorta y las arterias del cuello y miembros superiores están sanas. La tensión arterial arroja 120 Mx. 80 Mn. pulso: 100 por minuto, amplio, un poco débil, rítmico. El estudio del miembro inferior derecho enseña que el aporte sanguíneo está profundamente alterado: piel pálida, fría, con algunas manchas violáceas en el dorso del pié, existe una escara gangrenosa que abarca todo el dedo gordo; el pulso arterial no se encuentra en las arterias ped'a, tibial posterior y poplítea; la investigación del índice oscilométrico da por resultado que no existen oscilaciones en la pierna; en el muslo, la curva está muy aplastada, las variaciones en el cuadrante de Pachon son muy pequeñas:

Los diversos exámenes de laboratorio hechos en el enfermo indican lo siguiente: negatividad completa de las reacciones de Bordet-Wassermann y complementarias en el suero sanguíneo, 7,000,000 de glóbulos rojos y 18,000 leucocitos por Mn³. Tiempo de sangrado: 1 minuto. Tiempo de coagulación: 5 minutos. Glucosa sanguínea: normal.

Resumiendo en definitiva, nos encontramos frente a un enfermo con lo siguiente: 1.—*Un síndrome de obliteración arterial* de los miembros inferiores cuyos caracteres clínicos permiten afirmar que corresponde a una *enfermedad de Leo Buerger*: sujeto joven, de raza hebrea, tabaquismo crónico, comienzo después de una tifoidea, ausencia de sífilis, evolución misma del padecimiento y cuadro hematológico correspondiente 2o.—Como primer carácter atípico y raro, la existencia de un *cuadro anginoso* que lógicamente debe atribuirse a una posible extensión de la enfermedad a las coronarias, puesto que ninguna otra alteración cardio-vascular parece ser la responsable. 3o.—Finalmente y como hecho mucho más interesante y excepcional, la presencia de un proceso neurológico que clínicamente corresponde al *síndrome silviano superficial de Choix* (Afasia de Broca con predominio anártrico, hemiplegia derecha de predominio braquial y hemianestesia braquial), síndrome que sólo puede atribuirse a la *trombosis de la arteria silviana izquierda* después de la emisión de las arterias perforantes y que fundándonos en rigurosa lógica, debe interpretarse como una *invasión de la trombo-angieitis obliterante* al sistema de la silviana izquierda.

TRATAMIENTO DE LA PARALISIS GENERAL

POR STOVARSOLTERAPIA

STOVARSOL SODICO

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

**Eficaz en el tratamiento
de un porcentaje elevado
de casos, aun en algunos
adelantados**

INYECCIONES SUB-CUTANEAS INDOLORAS

POR PIRETOTERAPIA

DMELCOS

VACUNA STOCK

Emulsión estabilizada de bacilos de Ducrey

**Reúne las ventajas de la
malarioterapia
sin tener sus inconvenientes
Acción térmica fácilmente
regulable**

INYECCIONES INTRA-VENOSAS

Reg. Nos. 6126 y 7277 - D. S. P. Prop. No 4536

"Usense exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica"

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"

21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8^e

NOTAS SINTETICAS

Por el Doctor JUAN
PEON DEL VALLE

CONCEPTOS ACEPTADOS ACERCA DE INSTRUCCION SEXUAL

Se siguen confundiendo los términos educación, enseñanza e instrucción. Con el título de "Educación Sexológica en Estados Unidos", se contesta una consulta técnica en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, año 17, núm. 3, marzo 1938. Pero pasando por alto la buena o mala aplicación de los términos, merece señalarse algunos conceptos que ya van siendo aceptados por la generalidad de las personas dedicadas a estos asuntos. Por ejemplo, refiriéndose a la enseñanza de la higiene sexual:

"Ciertos principios parecen encontrar aceptación general: esa enseñanza debe ser individual, no colectiva; positiva, más bien que negativa, es decir, debe recalcar los beneficios de la virtud, mejor que la asquerosidad del vicio. En la familia el tema no debe ser ni rehuído ni alentado, pero de plantearse hay que discutirle objetivamente y con calma, recordando siempre que el método ideal para enseñanza es individual. También se conviene generalmente en que esa educación variará radicalmente según la edad y desarrollo del niño. Tratándose de los muy pequeños, hay que contestarles con toda verdad y franqueza las preguntas que hagan, pero sin lanzarse uno por su cuenta a ofrecerles información. Antes de la pubertad hay que advertir al niño de los cambios extraordinarios que va a experimentar, a fin de que no le ocasionen ansiedad injustificada. Por fin, al comienzo de la adolescencia, tanto a niños como a niñas debe ponerseles sobre aviso en cuanto al peligro venéreo, señalándoles los riesgos en lo tocante al futuro esposo y la prole.

"También hay bastantes discrepancias de opinión en cuanto a cuál debe ser la persona que debe transmitir la información al niño, si padre, mé-

dico, ministro del altar, amigo o maestro, aunque reconociéndose que precisan dos calificaciones: conocimiento de los hechos y personalidad que inspire confianza. Conviénese por regla general en que el maestro no se halla naturalmente preparado para esta tarea, y en que la sala de clases no es el mejor sitio para enseñar lecciones de higiene sexual. También es un hecho reconocido que a menos que esa enseñanza sea suministrada como procede, puede hacer más mal que bien."

RUIDOS QUE PUEDEN SUPRIMIRSE

En la campaña contra el ruido deben distinguirse los ruidos superfluos que pueden ser eliminados o modificados, de los ruidos que inmediatamente pueden y deben ser suprimidos. En vez de preocuparse tanto por las bocinas de los automóviles y el estruendo del centro de la ciudad, que sólo pueden atenuarse, debe comenzarse por terminar con algunos ruidos estúpidos o privilegiados; entre los primeros están los cohetes que desde la madrugada atruenan el espacio con motivo del "día de San Fulano" o el aniversario del héroe tal y que obedecen a la tradición; entre los segundos están los a veces hermosos y aun románticos sonidos de las campanas de las iglesias, y que no sabemos a qué tolerancia obedecen, pues para la observancia de los distintos cultos no se requiere llamar en esa forma a los que son verdaderamente fieles, y mucho menos interesa a quienes no lo son. Tampoco es necesario que los soldados hagan ejercicios militares con trompetas y tambores en zonas habitadas y en horas tan tempranas como acostumbra.

PARENTESIS HISTORICO

Aunque el Dr. Ramírez Moreno ya ha publicado datos salientes para la historia de la psiquiatría en México (1), también es digno de mencionarse, entre otros hechos, que el Dr. Ernesto S. Rojas es hasta hoy el primero y único médico mexicano con título de alienista. Si este importante dato lo menciono solamente en un "paréntesis histórico", no es porque no merezca ser consignado, sino porque, por razones muy respetables, el maestro Rojas abandonó desde su iniciación el cultivo de esa especialidad.

(1) "Datos Históricos sobre los Manicomios y la Psiquiatría en México", Vol. I, No. 1 de esta Revista; "El Dr. José Peón Contreras", Vol. I, No. 5; "El Dr. D. Rafael Lavista y la Quinta de Salud de Talpam", Vol. II, Núm. 7; "El Dr. Heladio Gutiérrez", Vol. II, Núm. 8; "El Dr. Juan Peón del Valle, padre", Vol. II, Núm. 11; "El Dr. Miguel Lasso de la Vega y el Sanatorio que lleva su nombre", Vol. III, Núm. 13; "El Dr. D. Alfonso Ruiz Erdozain", Vol. III, Núm. 15; "History of Psychiatry and Mental Hospitals in México", The Journal of Nervous and Mental Diseases, Vol. 86, Núm. 5, Nov. 1937 (E. U. A.).

siendo hoy eminente ginecólogo y correspondiendo a su nombre un sitio muy elevado en la historia de la ginecología, de la obstetricia y de la cirugía en México.

Es, repito, el único médico mexicano graduado en psiquiatría y neurología. Cursó enfermedades mentales en la Facultad de Medicina antes del examen recepcional de médico y cirujano, y después durante dos años la especialidad como post-graduado (eran tres años obligatorios para los que no estuvieran iniciados, pero en ambos casos había examen oficial anual). Hizo sus primeras armas, por cierto brillantemente, al lado de los doctores Alfonso Ruíz Erdozain y Juan Peón del Valle (padre). Sustentó el examen para obtener el diploma de especialista que le fué otorgado en enero de 1910, ante un jurado integrado por los distinguidos catedráticos Drs. Hidalgo, Ruiz Erdozain, Caraza, López Hermosa y Ramírez de Arellano.

Es de justicia, pues, señalar que el Dr. Rojas fué uno de los primeros que vieron en la especialidad psiquiátrica un campo digno de cultivarse con formalidad, y el único que lo llevó a su término, sentando un precedente.

Después de sus interesantes experiencias médicas y quirúrgicas en el terreno de la epilepsia, presentó interesantes tesis de medicina legal y una notable acerca de la histeria. Siguió cultivando sólo eventualmente la rama en que tan buen principio tuvo, pues a raíz de la muerte del Dr. Peón del Valle (al calor de cuyo entusiasmo se dieron en México los primeros pasos formales para colocar a la Psiquiatría en el lugar que le corresponde), y habiendo quedado acéfala y casi desierta la especialidad, tuvo motivos particulares —más bien afectivos que intelectuales, si se permite la expresión— para abandonar esta rama y aprestarse a ocupar el destacado sitio que hoy tiene en Ginecología como conocedor, innovador y filántropo.

Omitir estos hechos en la historia de la psiquiatría en nuestra patria, no sería de justicia, y aunque brevemente aquí, se subraya que por ahora es el único médico que ha cursado la especialidad en la carrera de médico-cirujano, después como post-graduado, con exámenes oficiales, y finalmente obtenido el diploma de alienista.

DESORDENES MENTALES EN LA ANQUILOSTOMIASIS

El Dr. Manuel Acosta Silva, M. C. N., de la Academia de Medicina de Venezuela, llega a las siguientes conclusiones. ("Unicinariosis. Nuevas adquisiciones en patología y patogenia". Revista de Gastro-enterología de México, Año III, núm. 13, enero-febrero 1938):

"1a.—Es necesario que tomemos más en cuenta las parasitosis, así como investigarlas en las mejores condiciones, por ejemplo en evacuaciones frescas.

"2a.—La capacidad intelectual disminuye en los uncinariásicos, sean portadores sanos o no.

"3a.—Demostrada la bondad del tratamiento férrico, debe acompañar al tratamiento parasiticida".

Nos fijamos especialmente en la segunda conclusión. Bien se trate de un portador sano, bien de un enfermo; sea por anquilostoma duodenal, sea por necator americano; en todo caso puede haber repercusión en la zona mental, como Moreira de Fonseca ha demostrado para la zona endocrínea y neurovegetativa. Podría catalogarse esto entre las neuro-anemias, ya que paralelamente a la mejoría de la anemia existe la mejoría de los trastornos mentales, y porque el tratamiento con hierro es especialmente eficaz. No debe perderse de vista, además, que hay gran número de portadores sin signos físicos de uncinariasis; deben ser investigados y tratados.

LA CIRUGIA, COMO PROBLEMA SOCIAL

No hace mucho tiempo que García Tello publicó en "Medicina Social" (Valparaíso, Chile, Año I, núm. 3, pág. 5), un interesante artículo titulado como se anotó al principio de este párrafo. A propósito de la multiplicidad de sociedades y asociaciones mexicanas de cirugía (Academia Mexicana de Cirugía, Sociedad de Cirugía del Hospital Juárez, Sociedad de Traumatología, etc., etc.) y del aumento de publicaciones de los cirujanos (no citadas por innumerables), reproducimos el siguiente fragmento:

"La cirugía es una rama de la terapéutica, y por lo tanto, debe encontrarse en el arsenal terapéutico de todo medio donde se ejerza la medicina. La cirugía es un elemento de curación como los alcaloides, como las drogas, *está al servicio de la medicina y no en paralelo con ella.*

"La absurda pedantería de nosotros los cirujanos ha hecho que se la quiera considerar en paralelo con la medicina, derivándose de esta posición una serie de errores pedagógicos y de organización que en pleno siglo XX multitud de enfermos sufren sus consecuencias".

POR EL COMITE MEXICANO DE LAS JORNADAS NEUROPSIQUIATRICAS DEL PACIFICO

El Dr. Leopoldo Salazar Viniestra nos comunica que el Dr. Leonides Andreu Almazán, Jefe del Departamento de Salubridad Pública de Mé-

xico, le confió la representación de éste con encargo de aportar la colaboración respectiva en las Segundas Jornadas Neuropsiquiátricas del Pacífico, y que en su oportunidad remitirá los siguientes trabajos: "Raíces Biológicas del Alcoholismo y su campaña" y "Tratamiento de Toxicómanos y Represión del Tráfico de Drogas"; esos temas serán por así decir oficiales, y en lo particular remitirá otro acerca de "Psicosis de los repatriados".

Repetimos aquí la invitación hecha en el número pasado de esta Revista, para que las colaboraciones sean enviadas antes de septiembre de este año al Comité Mexicano de las Jornadas Neuropsiquiátricas del Pacífico, Dres. Samuel Ramírez Moreno y Juan Peón del Valle, calle de Génova Núm. 39. Esperamos también que asistan algunas personalidades de la ciencia mexicana, y para ésto recordamos que el Comité Organizador peruano participa que el congreso será en Lima en enero de 1929, y estará informando por medio de boletines sobre todo lo concerniente.

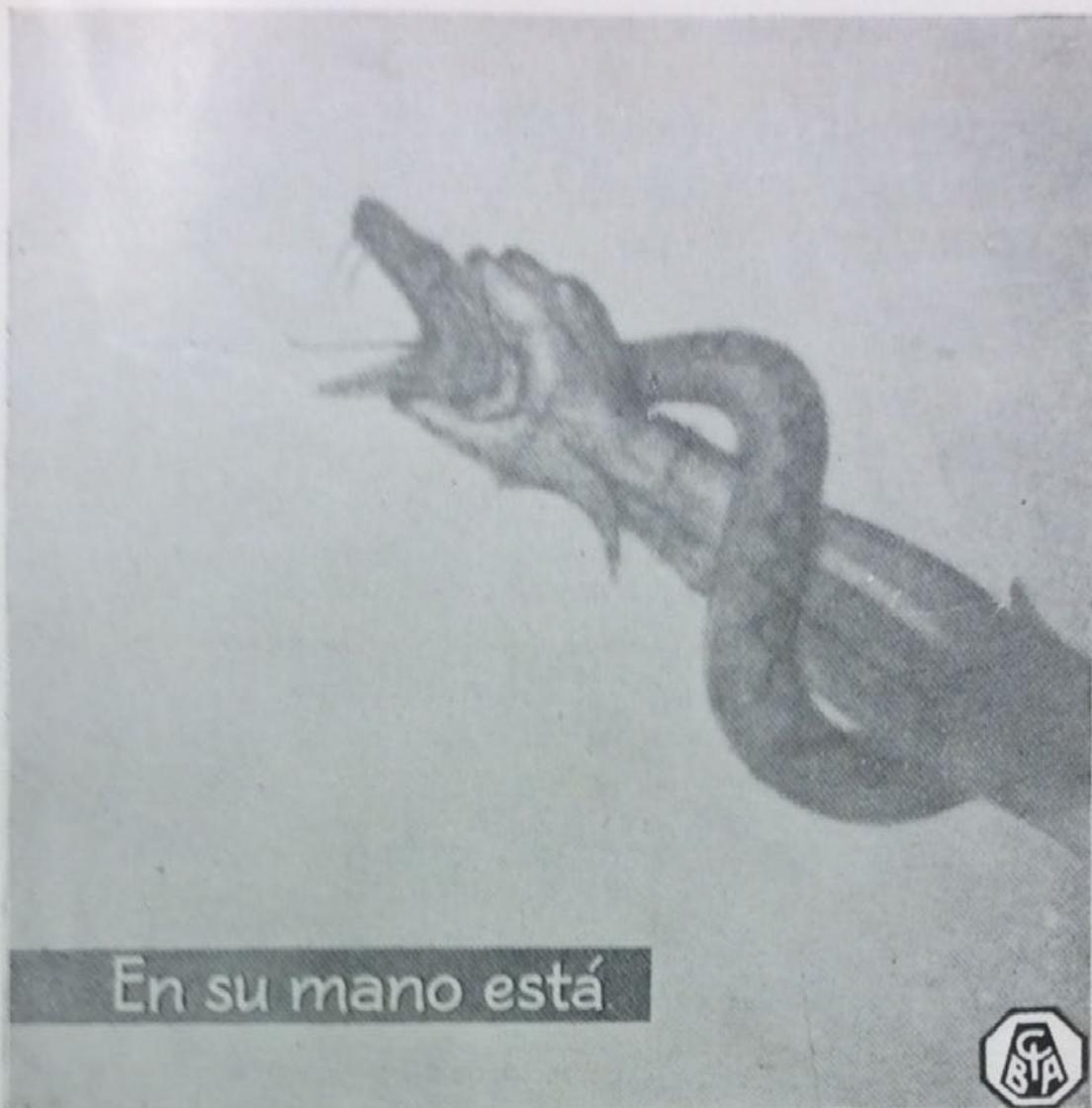
El Dr. D. Alfonso Pruneda, Secretario Perpetuo de la Academia Nacional de Medicina, Catedrático de la Universidad y Oficial Mayor del Departamento de Salubridad, ha tenido la gentileza de invitar en forma oficial a elementos distinguidísimos, algunos de los cuales ya han manifestado a este Comité que asistirán o colaborarán en alguna forma en las jornadas médicas referidas.

CIRUGIA TEATRAL

Actualmente la rama de la Medicina llamada terapéutica quirúrgica, incluyendo los cuidados pre y post-operatorios, es en gran parte una farsa teatral, y estamos de acuerdo con los neurocirujanos chilenos que opinan por hacer menos costosa y menos favorecedora del choque, en una palabra, más humanitaria, la cirugía. Por desgracia, no es de esperarse mucho, porque ya hay intereses creados. Pero, honradamente ejercitada, cuánto menos impresionante, cuánto más sencilla y económica sería la cirugía.

ERRATA

En el número 24 de esta Revista, primera plana de forros y primera de texto, donde dice Vol. V, debe decir Vol. IV, pues con el presente número 25 se inicia el quinto tomo de la publicación.



En su mano está



Reg. Nos. 8591-8592.
D. S. P.

Para Muestras
y Literatura:

W. NOEH

López 35.
México, D. F.

vencer los ataques del dolor,
sin recurrir a los alcaloides

CIBALGINA

*El antidoloroso
sin estupefacientes*

Ampollas * Comprimidos

Señor Doctor:

Los resultados del

**SUERO ANTITIFOIDEO
POLIVALENTE MYN**

en la tifoidea y en las paratifoideas, son comparables a los obtenidos en la difteria con el Suero Antidiftérico.

**SUERO ANTITIFOIDEO
POLIVALENTE MYN**

Desalbuminado y concentrado.

En frascos de 10 y de 20 c. c.

Reg. No. 17472 D. S. P.