

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL



SUMARIO:

Propiedad de la
Academia N. de Medicina
de México

BIBLIOTECA
CENTRAL

INFLUENCIA DE LA PRENSA EN LA HI-
GIENE MENTAL. — *Por el Dr. Samuel
Ramírez Moreno.*

EL CARDIAZOL EN EL TRATAMIENTO
DE LA ESQUIZÓFRENIA. — *Por el Dr.
Baltazar Caravedo.*

POLIRADICULONEURITIS EN UN PO-
LITOXICOMANO. — *Por los Dres. J. de
Ajuriaguerra y Hadji Dimo.*

SECCION DE PSIQUIATRIA JURIDICA.
— *Por Gustavo Serrano y Felipe Gómez Mont.*

LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRIA
EN LAS ESCUELAS DE DERECHO. —
Por Fernando Lavalle.

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

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

VOL. V

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 26

JULIO DE 1938

MEXICO, D. F.

Quimofarma

FABRICA DE PRODUCTOS QUIMICOS Y FARMACEUTICOS

CALLE DE PUEBLA 402-A ERIC. 4-47-18
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

NUCLEOPROTEIN

Reg. No. 17216 D. S. P.

Único producto proteínico elaborado
de leche de vaca del país.

No precipita al ser mezclado con

BILUSAN

en la misma jeringa.

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

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE
LOS SEÑORES MEDICOS.

Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal

Director:

DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

Editor y Jefe de Redacción:

DR. JUAN PEON DEL VALLE

PUBLICACION BIMESTRAL

VOLUMEN V. NUMERO 26. 1o. DE JULIO 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.

PSIQUIATRIA JURIDICA: Gustavo Serrano y Felipe Gómez Mont.

COLABORADORES REPRESENTANTES EN LA REPUBLICA

DISTRITO FEDERAL: Dres. José León Martínez, Arturo Baledón Gil, Antonio Tena Ruiz y Miguel Lavalle.

AGUASCALIENTES: Dr. Salvador Martínez Morones.

BAJA CALIFORNIA: Dr. Raúl López Engellking.

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.

LABORATORIO MEDICO

DEL

DR. LUIS GUTIERREZ VILLEGAS

DEDICACION EXCLUSIVA A EXAMENES
DE LABORATORIO

Bacteriología - Serología - Química - Pruebas

Funcionales - Metabolismo Basal

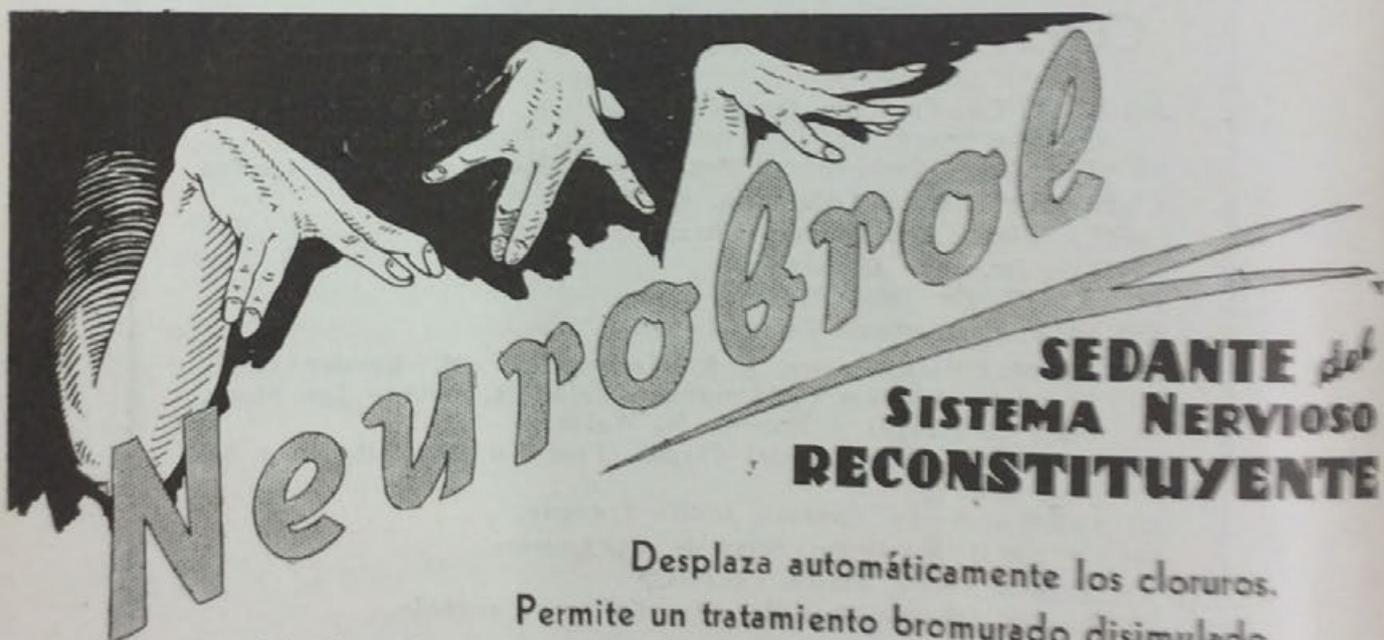
Vacunas Autógenas - Antígeno metílico tuberculoso.

TELEFONOS: MEXICANA, L-76-56

PLAZA DE LA REPUBLICA No. 52

ERIC-SON, 3-41-31

MEXICO, D. F.



**SEDANTE del
SISTEMA NERVIOSO
RECONSTITUYENTE**

Desplaza automáticamente los cloruros.

Permite un tratamiento bromurado disimulado.

Hecho a base de bromuros y extractos de carne, cebada y trigo.

Perfectamente tolerado. - Agradable al paladar. - Fácilmente administrable.

Reg. D. S. P. No. 16003

PROVEEDOR DE FARMACIAS, S. A.

APARTADO 818

MEXICO, D. F.

Influencia de la Prensa en la Higiene Mental



BIBLIOTECA
CENTRAL

Señalada por psiquiatras e higienistas mentales, nunca será suficiente referir la acción directa que sobre el psiquismo humano ejerce la Prensa y en nuestro medio, es conveniente indicar algunos de los aspectos más interesantes sobre esta cuestión.

La Prensa, dice Valenciano, tiene dos funciones, una centrípeta y otra centrífuga. La primera constituye el órgano de la actual Sociedad que recoge los acontecimientos, opiniones y creencias populares, siendo un espejo de esta Sociedad en que se reflejan su organización, sus defectos y sus problemas; es la Prensa lo más cercano a la vida misma y a sus múltiples manifestaciones.

En su acción centrífuga, es la gran emisora que lanza por el mundo con rapidez y en extensión ilimitada toda clase de conocimientos y de ideas y en este sentido, nada hay que ejerza mayor influencia sobre la masa del pueblo como la Prensa. Ya Ortega y Gasset ha dicho "que el periodista ha quedado encargado de alimentar y dirigir el alma pública".

Estos dos aspectos, son ampliamente interesantes para la Higiene Mental, especialmente en lo que se refiere a la educación psiquiátrica, que por la Prensa puede llevarse a la Sociedad, y en tal sentido debe existir estrecha colaboración entre periodistas y psiquiatras para que los primeros ayuden a realizar propaganda efectiva por la Higiene Mental.

Desde luego puede señalarse el interés que para esta última tiene el carácter informativo que la Prensa lanza sobre acontecimientos y sucesos múltiples.

Con frecuencia casi diaria, se dan noticias sobre relatos referentes a enfermos mentales. Algunos psiquiatras como Weygandt, en Alemania, y Lafora, en España, han llegado a coleccionar numerosísimos recortes de la Prensa sobre reportazgos relacionados con enfermos psíquicos y Rittershaus escribió un libro de 250 páginas de los informes periodísticos en un año, de sucesos relativos a enfermos mentales, como crímenes, suicidios, robos y múltiples otros errores de conducta y reacciones antisociales, especialmente en su aspecto de delitos, por lo que la lectura de estas infor-

maciones periodísticas, hacen ver la necesidad de que se tomen medidas profilácticas para disminuir el número de tales actos de los alienados, mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de los casos de insania mental.

El periodista frecuentemente expresa e interpreta los actos de los ve-sánicos de manera equívoca y de acuerdo con las creencias, concejas y opi-niones populares y así habla por ejemplo de "locos furiosos", de "monó-mones populares" y de muchos otros términos impropios que sirven para contribuir a sostener las erróneas creencias que la gente tiene sobre las alteraciones y enfermedades psíquicas, dándoles un carácter novelesco y considerando a los enajenados como energúmenos o fieras; tipos fantásticos totalmente distantes de lo que en realidad son.

A través de la Prensa igualmente se sostienen errores fundamenta-les sobre las causas de las enfermedades psíquicas y así se comenta que tal o cual individuo "se volvió loco" por contrariedades amorosas, por penas morales, por sustos o impresiones, lo cual contribuye a desviar y dificultar la educación psiquiátrica en la Sociedad.

En nuestro medio, todo el mundo se cree autorizado para opinar y saber de cuestiones médicas, pero en tratándose de perturbaciones psíqui-cas, cada quién da su parecer y ello se comprueba fácilmente con sólo escuchar a los familiares de un alienado, quienes señalan las causas más absurdas como productoras de la enfermedad de su paciente y con las versiones periodísticas, se afirma más el error en que se encuentran. En cambio, cuán útil será que se hable de las verdaderas causas que provo-can o contribuyen a producir los padecimientos mentales: el alcoholismo, la sífilis, los factores de la vida moderna en lo que se refiere a la fatiga psíquica, etc.

Hay que tener en cuenta también, la influencia sugestiva que la Prensa puede tener sobre el predispuesto, el débil, y el anormal, de tal modo, que algunos ilustres psiquiatras como Krapf, se han ocupado de esta cuestión y el último refiere cómo las noticias de la Prensa, de esta-fas, robos, delitos sexuales, atentados políticos y toda clase de actos cri-minales en los que el delincuente está rodeado de atmósfera novelesca y elevado a la categoría casi de héroe, despierta en tales sujetos deseos de semejarse a aquellos individuos que se han popularizado, y así llegan a imitar su conducta.

Cuántos Carrascos, cuántos Gallegos hemos tenido después de aque-llos tenebrosos crímenes que conmovieron a la ciudad de México y a la República entera, que en realidad siguieron la imitación de dos vulgares delincuentes, cuyas personalidades exaltó la Prensa en sus "noticias sen-sacionales".

Las informaciones de suicidios en muchas ocasiones tan pródigas en detalles y acompañadas de fotografías de los cadáveres, traen después otros muchos suicidios análogos, ocasionados realmente por las influencias sugestivas de las noticias periodísticas. Delgado nos refiere en su bello libro "La Calandria" el suicidio de aquella infortunada muchacha con fósforos disueltos en alcohol, porque leyó en la prensa que una mujer del Norte del país así se había privado de la vida.

Lafora ha hecho sobre el particular un interesante estudio acerca de una epidemia de suicidios de estudiantes cuyo curso se seguía claramente en la Prensa y en este sentido Tumiati y Placzse dieron a conocer en la Reunión de Higiene Mental celebrada en París en 1932, que en Italia y en Turquía la Prensa había dejado de dar noticias al público sobre los suicidios, ejemplo que se desearía extender a todo el mundo.

En el mismo sentido, la Prensa ha tenido y tiene directa responsabilidad en la propagación de las llamadas "epidemias psíquicas", pues con sus "informaciones sensacionales" y sus "notas rojas" crea condiciones propicias para que sean influenciados numerosos individuos de predisposición psicopática. El profesor Bumke relata en su interesante artículo "Telequinesia, histeria y necedad" un hecho que sucedió en Munich y del cual todos los periódicos de Alemania se ocuparon con extensa información y que se refiere a la aparición de fantasmas que habían sido vistos por una sirvienta de casa particular y de los cuales se decía que tocaban los timbres, golpeaban las paredes y hacían volar los objetos y muebles. Todas estas versiones eran creídas en gran parte por el público y aun se decía, que algunos agentes de la policía habían visto también volar y caer los objetos misteriosamente. No fué sino mucho tiempo después de estar comentando estos sucesos fantásticos y sobrenaturales por los periódicos, cuando se esclareció que la tal sirvienta por confesión propia, era la que golpeaba las paredes y arrojaba los objetos, y en el caso, se trataba de una psicópata y débil mental que había hecho estos trucos para engañar a la gente, a lo que el propio Bumke comenta con razón, "parece mentira que una muchacha necia, necesite tan sólo golpear una pared para alborotar a todos los periódicos de Alemania".

Hace poco, en México y con motivo de un trabajo presentado por un distinguido médico de la Academia de Medicina, los periódicos publicaron exageradas informaciones sobre un caso igualmente de telequinesia en un jovencito neurópata mitómano que realizaba burdos trucos que fueron esclarecidos por la comisión encargada de estudiar el caso.

Nos debemos referir también a la propaganda que en la Prensa se hace de "curaciones milagrosas" que son absurdas e inverosímiles. Bien conocido fué el caso del curandero de Avignonet que surgió en Francia

en 1920, farsante que desencadenó en esa República una verdadera "epidemia psíquica" y de quien algunos periódicos serios y respetables como "Le Petit Parisien" lo denominaba "el gran foco de fuerza, luz y vida" y otro tanto podríamos decir del charlatán Asuero de quien tanto se ocupó la Prensa mundial y en particular la española, cubana y mexicana, de Gómez Llucca, de Abrahams, pero de modo particular entre nosotros del famoso "Niño Fidencio" que dió tema amplísimo para reportazgos y del cual los periódicos se ocuparon con gran "sensacionalismo", influyendo sobre la masa del pueblo y sobre miles de ignorantes y neuróticos que en caravanas iban a buscar las curaciones milagrosas de este pobre sujeto, débil mental, que se valía de procedimientos ridículos y torpes, pero que ante el vulgo tenían la fuerza enorme de sugestión morbosa.

Y aun en asuntos de carácter que puedan ser científicos, indica Valenciano, la Prensa desvirtúa en ocasiones los hechos y lanza interpretaciones erróneas o con perfiles fantásticos y misteriosos. El caso de los estudios de Voronoff, basados en una experimentación científica y de gran interés, fueron expresados por la Prensa torpemente, creando "absurdas esperanzas y despertar de lamentables sentimientos. De allí al descrédito y la burla grosera ante el método, no hubo, claro es, más que un paso".

El hecho que ya señalamos a propósito de los suicidios, que se refiere a la publicación de fotografías de cadáveres, así como de homicidios, accidentes y robos, no hace sino despertar la curiosidad morbosa, destruir los sentimientos éticos y humanitarios y producir serios estragos en la mente del débil, del predispuesto y del niño.

En cuanto a los anuncios que se publican a diario en los que se insertan cosas maravillosas que ofrecen curanderos, astrólogos, adivinos y cartomancianas, constituyen fuente inagotable que sirve para cultivar y acrecentar las tendencias supersticiosas del pueblo que los lee en las páginas de los periódicos.

Aun en los diarios y revistas serios se ven anuncios de individuos que adivinan el porvenir y ofrecen amuletos y libros con "el secreto de la vida", "la influencia del poder personal", "los misterios de la magia" o bien medicinas y procedimientos extraños para conservar la salud y despertar las energías mentales, etc. Esto, de hecho, francamente perjudica a todo ese conjunto de predispuestos, cuyas tendencias los impulsa a creer en fuerzas sobrenaturales. Los psiquiatras conocen los numerosos casos de enfermos en quienes su padecimiento se exacerbó por haber acudido a brujos, adivinos, cartomancianas y espiritistas y entre éstos hay un grupo en los que se desarrolla un estado mental patológico que Kronfeld ha llamado "Psicosis espiritista".

La Prensa debe rectificar esta actitud y dentro de su noble y amplísima misión de difundir cultura y enseñanza al mismo tiempo que información de los sucesos y acontecimientos que en el mundo acaecen, puede ayudar en forma verdaderamente efectiva a la Higiene Mental. En sus campañas, como ya en muchas ocasiones lo hace, ha de contribuir a que las autoridades conozcan la deficiencia de la asistencia pública, puede dar a conocer los perjuicios del alcohol, la sífilis y otras intoxicaciones e infecciones sobre el individuo, los postulados de la eugenesia, la orientación profesional y la higiene del trabajo, puede contribuir igualmente a destruir en el público la aversión hacia los hospitales psiquiátricos y hacer la propaganda adecuada para que los enfermos psíquicos, sobre todo en su principio, sean atendidos oportunamente y no lanzar cargos ligeros e infundados sobre supuestos abusos que se cometen con los alienados a quienes en ocasiones se les pinta como individuos normales que han sido secuestrados, siendo que al aclararse los hechos, en la inmensa mayoría de las veces resultan falsos, desprestigiando así a los alienistas y a las instituciones que a enajenados se dedican y que no tienen más fin, que procurar la salud de estos enfermos y de prodigarles las atenciones y los cuidados que en el medio social y familiar no pueden tener.

La Prensa bien intencionada debe de ayudar efectivamente en la divulgación de los preceptos que la Higiene Mental realiza para el mejoramiento de la mentalidad humana, para luchar contra el desarrollo creciente de las enfermedades psíquicas, para prevenir los actos delictuosos de los psicópatas y de los alienados, y evitar toda esta información a que nos hemos venido refiriendo, sin omitir las descripciones de cuadros dolorosos y trágicos de los manicomios, donde se pinta a los enajenados como fieras o monstruos o bien como víctimas despiadadas del mal trato de médicos y enfermeros, creadas por la imaginación fantástica del repórter.

Deseamos que la Prensa y que los periodistas que cada vez se van compenetrando de la inmensa labor y responsabilidad que a su cargo tienen como orientadores y educadores del público, tiendan su mano generosa para cooperar con el psiquiatra, siendo los propagandistas más amplios de una buena Higiene Mental en nuestra Sociedad y en nuestro pueblo, que cada día más necesita inteligencias sanas y espíritus normales para el mejoramiento y bienestar del país, ya que como señala Brito Foucher en reciente artículo "la Prensa presta en México servicios inestimables a la causa de la cultura, de la libertad, de la reforma social, de la justicia y sobre todo de la historia".

SAMUEL RAMIREZ MORENO.

ARSEBENYL

Reg. No. 11056 D. S. P.

Prop. 12710.

DIOXIAMINOARSENOBENZONOMETILENO SULFOXILATO DE SODIO (914)

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

PRESENTACION:

En ampollitas de 0.15 — 0.30 — 0.45 — 0.60 — 0.75 — 0.90

EL ARSEBENYL es un Novarsenobenzeno
fabricado por la

UNION CHIMIQUE BELGA, S. A.

REPRESENTANTE PARA LA REPUBLICA MEXICANA:

MAX ABBAT.

Lucerna 47.

Apartado 62.

México, D. F.

NEUROTONINE

RG. 15314

SEDANTE.

HIPNOTICO.

ANTIESPASMODICO.

FORMULA:

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

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

DOSIS:

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

LABORATORIOS "GAVRAS," PARIS

REPRESENTANTE PARA LA REPUBLICA MEXICANA

JUAN DE OLLOQUI

ANTONIO SOLA NUM. 58

MEXICO, D. F.

El Cardiazol en el Tratamiento de la Esquizofrenia

Por el Dr. BALTAZAR CARAVEDO,
Médico Director del Hospital "Víc-
tor Larco Herrera", de Lima, Perú

La terapéutica de la Esquizofrenia se ha enriquecido con la insulina y el cardiazol.

Al mismo tiempo que *Sakel*, de Viena, hace uso de la insulina en el tratamiento de la demencia precoz, *von Meduna*, de Budapest, partiendo del principio de la existencia de un antagonismo biopatológico entre la epilepsia y la esquizofrenia, trata de curarla por medio de accesos epilépticos provocados por el cardiazol. La repetición de tales ataques convulsivos determina cambios en los procesos químicos y humorales del organismo, de tal modo que no constituye terreno favorable al desarrollo de la esquizofrenia, llegando casi a crear la posibilidad de hacer desaparecer progresivamente la enfermedad. Tal es la tesis del psiquiatra de Budapest.

Para producir las crisis convulsivas, *von Meduna* se sirvió al principio del alcanfor, que *Musken* había empleado primeramente en los animales. *Von Meduna* provocaba las crisis epilépticas inyectando (intramuscular) aceite alcanforado oficinalis, que se había experimentado como poco ofensivo sobre el sistema nervioso central, al 25% (Código Húngaro), pero muy pronto abandonó este procedimiento porque notó que las crisis epilépticas sobrevenían en momentos muy variables después de la inyección, lo que representaba algunos inconvenientes, y porque las dosis que se debían inyectar resultaban muy elevadas y la eliminación

pulmonar determinaba a menudo náuseas y vómitos. Estos inconvenientes le hicieron adoptar el cardiazol, de acción farmacodinámica muy parecida al alcanfor (terpina), pero de constitución química muy diferente (pentametenotetrazol), muy soluble en el agua y rápidamente reabsorbible, bien tolerado desde el punto de vista cardíaco y desprovisto de acción paralizante sobre la musculatura lisa.

El autor señala los efectos de su método, por el que llega a obtener del 80 al 90% de curaciones en los enfermos de menos de un año y solamente del 6 al 7% en los crónicos.

El tratamiento por los medicamentos convulsivantes debe considerarse, según las estadísticas publicadas hasta la fecha, como un gran progreso en la terapéutica de la esquizofrenia, sobre todo en los casos recientes. Se puede esperar, dice *Leroy*, que el cardiazol y la insulina provocarán, como la malariaterapia en la parálisis general, un aumento sensible del número de remisiones en los dementes precoces. Debemos, por lo mismo, hacer todo lo posible para llevar a la práctica, en grande escala, la aplicación del cardiazol, que está dando, como hemos dicho más arriba, buenos resultados, sobre todo en los casos recientes, siendo este tratamiento muy bien soportado por los enfermos. Además, las modificaciones constatadas, aun las pasajeras, sobre el estado mental de los esquizofrénicos, puede contribuir de manera muy apreciable al adelanto de nuestros conocimientos sobre la clínica y la psicopatología de esos enfermos.

La frecuencia de la enfermedad, su cronicidad y las tentativas terapéuticas en el curso de la última década, que han sido numerosas pero de mediocres resultados, autorizan todos los ensayos e imponen todos los estudios, inclusive los de Psiquiatría Experimental. En nuestro concepto, se deben dar todas las facilidades para la investigación y el estudio de la demencia precoz, que es el más frecuente de todos los trastornos mentales de tipo grave. Probablemente, más personas se encuentran afligidas con demencia precoz que con cualquier otra enfermedad que incapacite, ya sea de orden físico y psíquico. La experiencia de los psiquiatras lleva a la conclusión de que dicho mal es el que cuenta con el mayor número de enfermos en los hospitales mentales; aproximadamente, el 50% de los hospitalizados sufre de esta enfermedad. Por eso, el éxito en el tratamiento ejercerá, sin duda alguna, una profunda influencia social, así como sobre el problema hospitalario, pues tendería a reducir la carga institucional.

Los nuevos procedimientos a los cuales nos venimos refiriendo, al mismo tiempo que imponen una mayor actividad del cuerpo médico de

los hospitales psiquiátricos, el trabajo en equipo del psiquiatra con otros especialistas, tiende a la mejor organización de éstos, renovando el interés por los enfermos e imponiendo también la necesidad del diagnóstico precoz de la esquizofrenia, ya que sus resultados óptimos se encuentran en el principio de la enfermedad, que a menudo existe en estado latente antes de su eclosión y, con frecuencia, el ambiente del enfermo no se da cuenta del mal sino por circunstancias fortuitas y sólo acude a donde el especialista cuando la enfermedad se encuentra muy avanzada y desde luego de pronóstico sombrío.

El estudio de la esquizofrenia constituye una de las cuestiones más interesantes de la Psiquiatría contemporánea. Su concepto, encerrado bajo diversos aspectos, ha sido muy discutido, cuando no profundamente modificado. Es el "Misterio de la Medicina", y la preocupación de los psiquiatras desde hace más de 30 años. De ahí las actividades en el campo de la investigación para conocer la naturaleza y la causa de esta enfermedad, que debe constituir el punto principal de todo programa de mejoramiento de la salud psíquica.

Hemos recalcado estos puntos para llevar al convencimiento de cuán importante es la noción del diagnóstico precoz de esta enfermedad, para el mejor éxito del tratamiento de que nos venimos ocupando. Las esperanzas que encierran estos nuevos procedimientos tienen un gran alcance práctico. La sustitución de demencia, equivalente a la pérdida irreparable de las facultades mentales, por la de esquizofrenia —disgregación de las facultades mentales—, consecuente a la pérdida del contacto con la realidad, tornó admisible la posibilidad del restablecimiento, esto es, la cura de la esquizofrenia.

El simple hecho de admitir la curación de la esquizofrenia modifica notablemente la actitud del médico, de los enfermos y de la familia, lo que contribuye a disminuir la impresión que tiene el enfermo de la hostilidad del ambiente, del cual procura aislarse cada vez más. El concepto de la incurabilidad, después de algunas tentativas infructuosas, redundaba casi siempre en el abandono del enfermo y ésto en el desenvolvimiento progresivo del autismo.

La noción de la esquizofrenia, discutible desde el punto de vista clínico, como dice *Minkowski*, marca una etapa en Psiquiatría y quedará como una noción particularmente fecunda, y *Maier* expone que, desde el punto de vista causal, la experiencia clínica autoriza a distinguir entre las manifestaciones complejas de la esquizofrenia, tres factores principales a menudo íntimamente relacionados. En primer lugar, el factor hereditario endógeno; después, en numerosos casos, los factores exógenos so-

máticos que tanto agravan la enfermedad en el momento de su eclosión como detienen su desarrollo; en fin, es indudable que las emociones intensas de naturaleza la más diversa, pueden condicionar, en gran medida, el destino de los enfermos. Ahora bien, si nosotros tomamos la parte de cada uno de estos tres factores, se constata que el factor hereditario endógeno parece escapar a toda influencia terapéutica, aun dentro del Hospital Psiquiátrico. Al contrario, el factor psicógeno es el más accesible a nuestra intervención médica, y el factor exógeno somático será el más sensible de todos a la terapéutica. Asimismo, dice *Maier*, otra dificultad hasta ahora insalvable proviene del hecho de que noción de convalecencia y de curación es difícil de definir en la esquizofrenia. Se trata de una enfermedad, según la opinión de *Bleuler*, que puede detenerse en cada estado de su evolución. A menudo la experiencia ha demostrado que las remisiones espontáneas, sin tratamiento, y la apreciación de un grado de curación o de mejoría, depende en gran parte del juicio del observador. Y sabemos, asimismo, que después de haber desaparecido todos los síntomas de la enfermedad, ésta puede volver; por eso es mejor, agrega *Maier*, hablar de remisión y no de curación y, en ciertos casos, de "curación social".

Von Meduna parte de la idea, como hemos dicho anteriormente, de que existe un antagonismo biopatológico entre epilepsia y esquizofrenia. Él llega a esta conclusión después de haber leído algunas publicaciones. *Nyiro y Jblonsky* (1929) habían constatado que el porcentaje de curaciones en los epilépticos aumentaba el 16% cuando el *Morbus Sacer* se acompañaba de esquizofrenia. *G. Müller* (1930) hacía la historia de dos dementes precoces catatónicos curados después de la aparición de un acceso epiléptico espontáneo. *A. Gluss* (1931) muestra que, sobre 6,000 esquizofrénicos de la Clínica Universitaria de Zurich, 8 solamente presentan la asociación con la epilepsia, y *Steiner y Staus* (1932) encontraron que los accesos epilépticos son muy raros en los esquizofrénicos (20 sobre 6,000).

Pero, anteriormente a esas publicaciones, *Sacristán* ("Archivos de Neurobiología", de Madrid, 1920, Año I, Núm. 1) publica un interesante artículo: "Ataques epilépticos y Esquizofrenia", haciendo ver lo frecuente que es la presencia de síntomas epilépticos en el curso o en épocas anteriores al comienzo de la esquizofrenia, sin referirse en ningún momento a los efectos saludables; al contrario, a menudo, los esquizofrénicos se agravaban. El artículo contiene las opiniones sobre este punto de las más altas autoridades de la época y es un excelente trabajo de orien-

tación para darse cuenta de lo que se pensaba entonces sobre este tema que hoy interesa tanto a los psiquiatras.

No se sabe en realidad cómo los medicamentos convulsivantes, en particular el cardiazol, modifican profundamente en algunos días y, a veces, en algunos segundos, estados mentales gravemente perturbados.

Bersot dice, en su comunicación al Congreso de Nancy (julio de 1937), titulada: **CONSIDERACIONES SOBRE EL MECANISMO DE LA ACCION CURATIVA DE LA INSULINA Y EL CARDIAZOL**: " Los investigadores tratan de saber si esos agentes medicamentosos actúan por un mismo mecanismo sobre los procesos esquizofrénicos o por medios diferentes. Pensamos que la terapéutica por la insulina y la terapéutica por el cardiazol ejercen sus efectos por un mecanismo tal vez común, bioquímico, que las investigaciones en curso permitirán verdaderamente atribuir a las modificaciones sufridas por el metabolismo intermediario de los hidratos de carbono." Y, posteriormente, expresa: "Estas dos sustancias presentan, sin embargo, ciertas diferencias fundamentales en su acción sobre el organismo. Ellas influyen, por ejemplo, diferentemente, la glucosa sanguínea. La insulina provoca una hipoglicemia, el cardiazol una hiperglicemia. Si insistimos sobre este punto es para hacer ver que es imposible que la hipoglicemia insulínica, ella sola, tenga un efecto curativo en la demencia precoz; asimismo, es imposible que la hiperglicemia condicione, por ella misma, las convulsiones. El cardiazol, que no es hipoglicemiante, ejerce un efecto curativo y provoca igualmente convulsiones. Es necesario buscar la explicación del efecto terapéutico y de la convulsión provocada por la insulina en un orden de fenómenos que escapan a la observación directa.

"Se sabe que el ácido láctico, el metilglioxal y el ácido pirúvico, son los productos de desintegración de la glucosa que aparecen en el curso de su combustión en el organismo; ellos se forman también en cantidad anormalmente fuerte en el curso de la hipoglicemia insulínica. Nosotros creemos que estas sustancias son responsables del síndrome excitopirámidal de la insulina y suponemos que el cardiazol, igualmente, provoque su aparición en el cerebro.

"La sintomatología de la crisis convulsiva provocada por el cardiazol, observada en la cámara lenta, presenta en los casos limitados, al menos, una analogía sorprendente con la sintomatología presentada en la acción insulínica.

"La analogía de la acción de la insulina y del cardiazol es también manifiesta por el hecho que un enfermo que está en estado de hipoglicemia insulínica se vuelve más sensible a la acción convulsivante del

cardiazol. Es suficiente entonces una dosis de cardiazol, a veces menos de la mitad que habitualmente, para provocar la reacción convulsiva. En resumen, se produce una verdadera suma de excitaciones debidas a la insulina y al cardiazol, o una sensibilización del terreno por la insulina, que hace al enfermo más sensible a la acción del analéptico.

“Desde el momento que existe una analogía sintomatológica, no estamos en el derecho de investigar, para darnos cuenta de la acción terapéutica común, un mecanismo bioquímico común? Para explicar este mecanismo recurriremos a ciertos hechos biológicos particularmente significativos:

“1o.—En el curso del coma insulínico y en los tejidos que han sido tratados *in vitro* por la insulina, se ha constatado la aparición de ciertas sustancias convulsivantes (metilglioxal, ácido pirúvico) que, inyectadas a los animales, reproducen la sintomatología del choc insulínico (convulsiones) sin provocar siempre hipoglicemia (*Vogt-Müller*).

“2o.—Se encuentran en ciertos estados convulsivantes experimentales, que por su sintomatología recuerdan el choc insulínico, las mismas sustancias enumeradas más arriba. Es el caso, por ejemplo, de la avitaminosis B₁, caracterizada por las convulsiones en la rata (*Vogt-Müller*). La glucosa no tiene efecto curativo; al contrario, la vitamina B₁ provoca la desaparición de esas sustancias convulsivantes, al mismo tiempo que la curación del animal. El metilglioxal aparece igualmente en la leche de las mujeres atacadas de beri-beri, en la orina y en el líquido céfalo-raquídeo de los niños que sufren toxicosis convulsivantes (*Geiger-Rosemberg*). La avitaminosis B₁ aumenta en una fuerte proporción la sensibilidad a la insulina.”

“Hemos remarcado que la insulina actúa principalmente sobre el metabolismo intermediario de los hidratos de carbono. Las sustancias convulsivantes enumeradas forman precisamente parte de la serie de sustancias incompletamente deterioradas cuando el metabolismo de los hidratos de carbono está pervertido. Así estamos conducidos a admitir que el principio excitomotor que produce las convulsiones durante la hipoglicemia, no reside únicamente en la ausencia de la glucosa sino en la presencia de sustancias tóxicas en la sangre y en la célula nerviosa.

“Si aplicamos las nociones que hemos enfocado a la terapéutica por el cardiazol, estamos en el derecho de pensar que la excitación intensa de la célula cerebral provoca tal vez en el protoplasma de la célula nerviosa sustancias análogas a aquéllas que nosotros hacemos responsables de las convulsiones insulínicas. Esto no es, bien entendido, más que una hi-

hipótesis sacada de la analogía de síntomas, pero hipótesis que puede explicar la similitud en las consecuencias clínicas.”

El método de *von Meduna* es de fácil ejecución; pero es preciso el mayor cuidado, no sólo en lo que se refiere a las contraindicaciones sino también a las reglas que se deben cumplir estrictamente, y es indispensable una severa vigilancia y múltiples cuidados durante el período de la crisis. Se debe aislar a los enfermos en salas especiales, bien equipadas, a fin de contar con los auxilios para atender las emergencias que puedan presentarse (abre-boca, pinzas, oxígeno, ampollas de cafeína, coramina, etc.).

Previamente, se debe examinar cuidadosamente al enfermo que va a ser sometido al cardiazol. Las afecciones orgánicas del corazón y las enfermedades febriles constituyen las únicas contraindicaciones formales. Es conveniente, sin embargo, recalcificar a los pacientes y suprimir, por lo menos desde la víspera de la inyección, todo medicamento sedante, y sólo se aplicará la inyección después de estar el enfermo de 3 a 4 horas en ayunas. Como en los ataques epilépticos, los producidos por el cardiazol van acompañados de los trastornos que en esos se presentan habitualmente, pudiendo ocurrir, como es natural suponer, las consecuencias debidas a las caídas y a las convulsiones musculares violentas (luxaciones, heridas, fracturas, etc.).

El cardiazol se puede emplear por vía endovenosa, muscular o subcutánea. La inyección endovenosa es la mejor y la más preferida; produce la crisis rápidamente, por lo general a los 30 segundos —nosotros hemos visto casos a los 7 segundos. Cuando se utiliza la vía intramuscular sólo aparecen de 5 a 20 minutos después de la inyección. Además, la vía endovenosa permite usar dosis mínimas y evita los inconvenientes de la reabsorción.

La eficacia de la inyección depende de la velocidad con que se practica; ésta parece óptima a razón de 1 c. c. por segundo, siendo, de acuerdo con nuestra experiencia, peligroso aumentarla. Cuando la crisis convulsiva no se presenta dentro del minuto después de la inyección, por lo general, hay que considerar como fracasada la sesión. Para comenzar es suficiente una dosis de 4 c. c. por vía endovenosa. En caso necesario se aumenta 1 c. c. cada vez, hasta que se obtenga el efecto deseado. Las inyecciones se repiten dos veces por semana, salvo en los casos fallidos en que es necesario inyectar nuevamente al día siguiente una dosis mayor.

Nosotros empleamos la solución al 10% de cardiazol “Knoll”. *Von Meduna* estima que no debe emplearse la solución al 20%, porque ésta provocaría dolores y lesiones vasculares, así como fibrilaciones auriculares.

El control electrocardiográfico demuestra la inocuidad de esta técnica, aún en los enfermos a quienes se les ha inyectado varias veces hasta 1.20 gr. de cardiazol en una dosis.

Al principio de cada crisis se producen sacudidas prolongadas y es conveniente colocar un tapón en la boca para impedir que el enfermo se haga daño durante la fase tónica. Después se desarrolla un acceso típico. La crisis dura de 40 a 70 segundos, mayormente, y ésta puede iniciarse según el tipo jacksoniano de localización inconstante, según los días; a veces es reemplazada por un equivalente o acceso ligero de confusión mental. A medida que las crisis se repiten, los enfermos tienden a la mejoría, y es indispensable que se produzcan, porque se ha observado el retroceso a la enfermedad después de una inyección fracasada. El cardiazol produce una fuerte excitación de la corteza y de los centros nerviosos del cerebro. La dosis óptima varía según el peso y varía también según los individuos y, en el mismo sujeto, de un día a otro. Se suele ver que sujetos resistentes a este medicamento, reaccionan después de dosis menores. No es conveniente pasar de la dosis óptima, porque pueden sobrevenir ataques tan intensos que llevan a la muerte. Los cardiazolresistentes son con frecuencia de mal pronóstico (los casos en los que existe una herencia pesada son muy resistentes), así como los que se oponen tenazmente al tratamiento, aumentando su estado de angustia. Al contrario, los que reaccionan fácilmente son de buen pronóstico; parece que la actitud convulsivante guarda relación con el grado de mejoría (pero hemos observado que los epilépticos no son siempre muy sensibles al cardiazol).

Es indispensable aislar a los enfermos durante el tiempo que dura la aplicación del cardiazol y los trastornos consiguientes. Aunque éstos no conservan el menor recuerdo de lo sucedido, frecuentemente son informados por los otros enfermos y se resisten a continuar el tratamiento, exhibiendo a veces tal rechazo que recurren hasta a la fuga. Pero el médico tratante no debe ceder ante estos inconvenientes, sobre todo si se observan raciones favorables, hasta completar el tratamiento, que no deberá pasar de 30 inyecciones. A veces se ven mejorías asombrosas después de la 3a. y 4a. inyección. *Von Meduna* aconseja poner en estos casos 3 inyecciones suplementarias, aunque se haya observado una remisión completa. Es muy conveniente utilizar la psicoterapia, especialmente cuando se nota alguna mejoría, por insignificante que sea.

Nosotros hemos aplicado el procedimiento de la manera más secreta; hasta ahora ningún paciente se ha enterado de que está sometido al cardiazol y mucho menos los otros enfermos (cuando lo aplicamos en el Hospital), pero, a pesar de todo, hemos observado en algunos gran re-

chazo a la inyección, hecho que no hemos tenido oportunidad de ver, al menos así tan intenso, al emplearse otros tratamientos, aun dolorosos. No hay duda, entonces, de que el cardiazol provoca, antes del acceso o a su aparición, un estado de angustia que el enfermo recuerda desagradablemente, aunque después venga la amnesia consecutiva a la crisis.

El aparato vasomotor responde muy rápidamente a la inyección. Una palidez extrema de la cara anuncia lo más a menudo el acceso. La frecuencia del pulso rara vez llega a 120 pulsaciones y no hemos observado oscilaciones sensibles de la temperatura. La reflectividad sufre las mismas variaciones transitorias que en el curso del acceso espontáneo y desde el punto de vista de las modificaciones urinarias todo pasa como en las crisis de la epilepsia esencial.

Los accesos pueden variar de un enfermo a otro, pero son siempre iguales en el mismo paciente. Un cuarto de hora, por lo general, después de la inyección, el enfermo puede trabajar; a veces se presentan náuseas, vómitos y temperatura por la tarde (nosotros no hemos observado este último trastorno). Hemos tenido oportunidad de comprobar en los casos favorables un aumento de leucocitos neutrófilos y una disminución de linfocitos.

Respecto al éxito según las formas de la esquizofrenia, hay quienes opinan que éste no depende de la forma sino del tiempo y otros opinan que hay que tener presente la constitución del enfermo.

Von Meduna constata que la terapéutica por el cardiazol conviene mejor a la esquizofrenia simple o estuporosa, mientras que las formas paranoides o catatónicas reaccionan mejor a la insulina, y *Sakel* ha dicho que estas dos terapéuticas están lejos de excluirse la una de la otra. Al contrario, ellas se complementan, y se puede decir que en la lucha contra la enfermedad "la insulina es la infantería y el cardiazol la artillería", lo que ha inducido a *Georgi* a practicar la cura "combinada", en la que el cardiazol acentúa la acción de la insulina. Esta consiste en la provocación de una crisis epiléptica por una inyección de cardiazol en un enfermo insulinizado. Este es un método excelente de atacar más energicamente que con sólo la insulina los procesos esquizofrénicos. Está indicado en los catatónicos o en los hebefrénicos, que se muestran refractarios a la cura de la insulina practicada según el método de *Sakel*, como también en los casos en que la cura por el cardiazol, practicada según el método de *Von Meduna*, provoca violenta resistencia y gran angustia en el enfermo (*Bersot*). También se está empleando en el tratamiento de la esquizofrenia el cardiazol, paralelamente a la insulina, con muy buenos resultados.

La terapéutica convulsivante por la inyección endovenosa de cardiazol, como hemos visto, ha sido preconizada sobre todo en la esquizofrenia. Sin embargo *Verstraeten* (de Gand, 1937) estima que no es la indicación principal del método, y según él los resultados obtenidos son mediocres y a veces nulos. *Verstraeten*, por el contrario, se muestra partidario entusiasta de este método en el tratamiento de la psicosis maníaco-depresiva, que constituye la indicación principal. En los estados melancólicos, sobre todo, los resultados son sorprendentes y dice que la teoría de *von Meduna*, así como la de *Sakel*, son poco convincentes, y agrega: "Me parecen los dos tratamientos puramente empíricos, pues no creo en el antagonismo de la epilepsia y la esquizofrenia", recordando que en el Instituto Caritas, en el pabellón de epilépticos, los enfermos son casi todos esquizofrénicos comprobados.

El tratamiento por la insulina y el cardiazol están modificando los hábitos terapéuticos de los hospitales psiquiátricos y, desde luego, aumentando el trabajo del personal médico que debe dedicar durante 4 ó 5 horas por día su atención en los casos de insulino-terapia, en que un médico no podrá controlar más de 8 enfermos al mismo tiempo y con el auxilio de personal secundario especializado, en la proporción de un enfermero por 2 ó 3 pacientes.

La aplicación del cardiazol es más sencilla e impone menos tiempo de labor, pues todo pasa en realidad a lo sumo en media hora, que es el mayor tiempo que exige el cuidado de los pacientes sometidos a este método, y puede utilizarse, por lo mismo, en la clientela particular, y nosotros creemos que sería muy conveniente establecer salas especiales en los hospitales psiquiátricos para atender a los enfermos que, siendo tributarios del método de *von Meduna*, concurren al Dispensario de Higiene Mental; de esta manera se podría atender un mayor número de esquizofrénicos sin necesidad de hospitalizarlos y en el período inicial de su enfermedad.

**BISMUTOTERAPIA
DE LA SIFILIS**

por vía intramuscular

**NEO-
CARDYL**

SOLUCIÓN OLEOSA
(de butyrlaurato de bismuto)

INYECCIONES INDOLORAS
ELIMINACIÓN LENTA Y CONTINUA

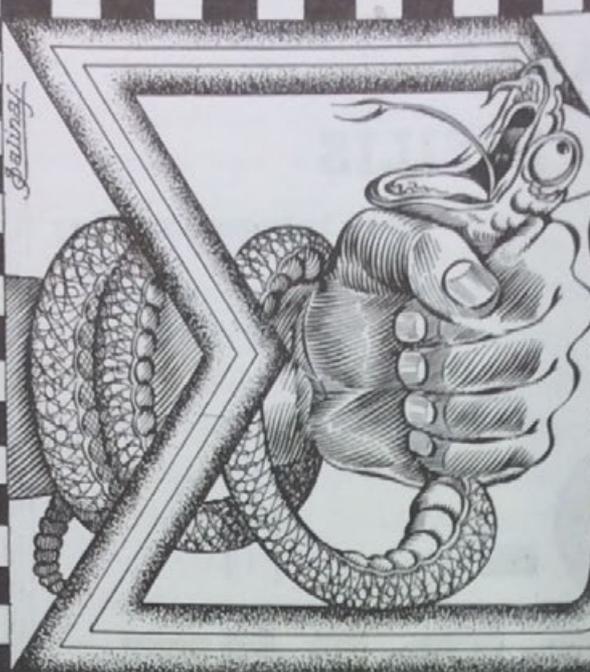
*La presencia del azufre en la molécula,
por sus propiedades antitóxicas, favorece
la acción terapéutica.*

"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 Freres et USINES DU RHONE
21 Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8^e)



Sigma
 PRODUCTO
Sanyn

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

COMODO, ECONOMICO,
 TOLERABLE Y EFICAZ.

Sanyn CIA. MANUFACTURERA QUIMICA, S.A.

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

MUESTRAS Y LITERATURA A
 DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS

Usar 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

Poliradiculoneuritis con disociación albúminocitológica en un politoxicómano sobrevvenida en el curso de una desintoxicación⁽¹⁾

Por MM. J. DE AJURIAGUERRA
y HADJI DIMO, del Hospital Henri
Rouselle, de París

Los accidentes graves sobreviniendo en el curso de una intoxicación morfínica son excepcionales.

Por el contrario se ha descrito cierto número de accidentes ocurridos durante la abstinencia o en la desintoxicación. Entre ellos se ha insistido sobre todo en los trastornos confuso-oníricos y se han comunicado algunas observaciones de polineuritis.

Tuvimos la ocasión de seguir un politoxicómano, en el cual apareció en el curso de la desintoxicación una poliradiculoneuritis.

Sin embargo no creemos que el tóxico o la desintoxicación hayan desempeñado un papel exclusivo ni primordial, dado que se comprobó al principio un episodio infeccioso patente.

Mlle. D., de 35 años de edad, enfermera, sin antecedentes familiares patológicos. No se encuentra en ella pasado patológico, salvo las enfermedades propias de la infancia. No existen alcoholismo ni enfermedades específicas.

Neurópata: Mitomanía en la infancia, muy impresionable, muy imaginativa, a intervalos deprimida sobre un fondo de depresión crónica. Educación mediana. A la edad de 17 años, amor platónico para un hom-

(1) Trabajo exclusivo para esta Revista. Traducido del francés por el Dr. Eduardo Portillo.

bre de 55; este amor duró 4 ó 5 años; no sentía placer en frecuentar personas jóvenes "pues no tenían conversación". A los 22 años presentó crisis neuropáticas que ameritaron su internamiento en una casa de salud parisiense. Poco tiempo después de su salida fué atacada de nuevo por esas crisis y fué necesario enviarla a una casa de reposo en el Sur de Francia. En esta casa encontró toxicómanos en cura de desintoxicación. Se enamoró de uno de estos enfermos, doctor en medicina, 17 años mayor que ella. Al salir del establecimiento siguió al médico a una co'onia, a pesar de la oposición de sus familiares. Un año después, es decir cuando contaba 23, y en seguida de un nuevo estado depresivo y bajo la instigación de su amante empezó a usar la morfina. Las dosis eran (al decir de la enferma) desde el principio muy grande: 0,04 por vía intravenosa, y rápidamente 0,36 por día (0,06 por inyección). Ensayó igualmente la cocaína, la heroína y el Kiff. En dos ocasiones, ensayos de desintoxicación, que fueron inútiles. Esta sucesión duró 9 años, a pesar de una falta de entendimiento continuo, como consecuencia del desequilibrio mental de los dos amantes, se encuentran muchas tentativas de suicidio de su amigo y violencias. Por fin en 1934, ella lo abandona y regresa con su familia. Desde este momento no tomó más morfina, pero la reemplazó por otros opiáceos: Láudano, y sobre todo elixir paregórico, aproximadamente medio litro.

El 13 de mayo de 1937, decidió desintoxicarse, y para ello entró en un hospital. La enferma afirma que a su ingreso no presentaba ni parestesias ni ningún trastorno de la marcha.

En este momento no fué practicado el examen neurológico.

La desintoxicación fué practicada por el método de destete absoluto. Tres días más tarde, la enferma presentó un estado de agitación tal que fué necesario trasladarla al Hospital Henri Rouselle a donde llegó el 15 de mayo de 1937, con el siguiente certificado médico: "Intoxicación crónica, alucinaciones visuales. Agitación, tendencia ambulatoria en particular durante la noche; se pasea completamente desnuda. Reacciones antisociales con niños de una sala vecina".

A su ingreso nos encontramos con una enferma pálida, muy enflaquecida. Pulso rápido. Tensión arterial baja. Temperatura: 38. Aliento fétido. Presencia de aftas en el surco gingivo-labial, también las encontramos en la región perineal yendo desde la vulva hasta el ano. Ese cuadro físico se completaba con un estado confusional con alucinaciones visuales.

La enferma podía tenerse en pie, correctamente. La marcha titubeante. El examen neurológico nos muestra abolición de los reflejos aquilinos y rotulianos, el cutáneo pantar: en flexión. Los reflejos de los miem-

bros superiores, normales. Existía hipotonía muscular en los miembros inferiores. Las pupilas reaccionaban normalmente. El examen de la sensibilidad fué imposible en ese momento pero la enferma se quejaba de parestesias en los miembros inferiores.

Nos encontrábamos pues en presencia de un cuadro de toxicomanía de "destete", complicada de una infección peribucal. En vista de su mal estado general se interrumpió el "destete", se da a la enferma láudano y elixir paregórico y se ensaya mantener su corazón por adrenalina, hipófisis, demorfeno, etc.

Los días siguientes el estado se agrava, se tiene la impresión de una evolución rápidamente fatal; en efecto la enferma se encuentra en estado subcomatoso, con baja importante de la tensión arterial, pulso filiforme y respiración muy rápida. No se encuentra ningún signo meníngeo, ni Kernig, ni signo de la nuca. El cuadro confuso-onírico permanece estable y el cuadro neurológico se sobrecarga con dolores violentos que aparecen en la extensión de las piernas, signo de Lasègue bilateral. Además se nota la aparición de fibrilaciones difusas al nivel de los miembros inferiores, diplopia sin estrabismo y contractura de los masticadores.

Una mejoría del estado físico y mental se produjo el octavo día

SINERGIA TERAPEUTICA

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



1º CINAMEINA
(Cinamela Total)

2º CANFOLINA
(Canforato de Colina)

**AUTO-DEFENSA DEL ORGANISMO
PRETUBERCULOSIS**

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

Usese por prescripción Médica

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

Prop. No. 8510

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

(23 de mayo de 1937) la enferma salió progresivamente del estado confusional, la temperatura desciende, el pulso mejora.

Un examen más detallado es posible.

Desde el punto de vista mental, guarda vagos recuerdos del pasado, cree que se le ha llevado directamente de su casa al Hospital H. Russell, no sabiendo desde cuándo está en ese establecimiento. Vagas ideas de persecución hacia su madre, a quien no desea ver, ideas poco precisas por lo demás.

Desde el punto de vista somático, se está en presencia de una enferma enflaquecida, fatigada. En los miembros inferiores, que están en extensión, se nota un principio de atrofia muscular distal. Las fibrilaciones han desaparecido. Los miembros superiores presentan un aspecto normal.

En relación con la motilidad se encuentra en los miembros inferiores, gran disminución de la fuerza global; la enferma puede todavía aunque difícilmente, ejecutar todos los movimientos pero es absolutamente incapaz de resistir a un movimiento provocado; se ve que notoriamente no puede descender de la cama, ni levantarse para sentarse. La enferma puede permanecer sentada. En los miembros superiores no hay disminución de la fuerza.

La enferma se queja constantemente de dolores y parestesias en los miembros inferiores. La presión de los músculos provoca dolores vivos al mismo nivel. Existe Lasègue bilateral. La sensibilidad objetiva está igualmente perturbada; hipoestesia marcada, táctil, térmica y dolorosa, principiando a nivel de las crestas ilíacas y aumentando a medida que se descende a las extremidades. La sensibilidad profunda parece conservada. Encima de este límite no se encuentra trastornos de la sensibilidad.

Los reflejos en los miembros superiores son más bien exagerados; en los miembros inferiores los reflejos aquileos y rotulianos están abolidos; el cutáneo plantar se verifica en flexión; los cutáneo-abdominales, conservados; igualmente el reflejo del velo del paladar. No se encuentran trastornos cerebelosos, no hay temblores ni movimientos anormales.

El examen de los nervios craneanos no da datos patológicos. La lengua, normal. El examen de los ojos muestra una desigualdad pupilar, la pupila derecha siendo más grande. Los reflejos de acomodación y fotomotores son normales; el fondo de ojo, normal; el reflejo corneano, conservado.

Examen serológico: Bordet-Wassermann, negativo. Meinicke y Kahn, negativos. Urea sanguínea: 0,32.

Examen hematológico: Glóbulos rojos: 3.170.000. Glóbulos blancos: 6,000. Fórmula leucocitaria: linfocitos, 48%. Mononucleares medianos,

5%. Grandes, 8%. Polinucleares neutrófilos, 37. Eosinófilos: 1. Hemoglobina: 7-5. Valor globular: 1-2.

Punción lumbar: Tensión (Manómetro de Claude) 32. Albúmina 1gr.20 Leucocitos: 0,4. Reacciones de Pandy y Weichbrodt: positiva. Bordet-Wassermann, negativa. Benjúi: 11101.22222.22200. Azúcar libre: 0,43.

El 30 de mayo, es decir 15 días después del principio, se asiste a la aparición de trastornos e finterianos, r t neición de orina necesitando de la sonda e incontinencia de materias fecales. Estos trastornos no duraron más que algunos días. En los miembros inferiores, la atrofia muscular se acentúa, los trastornos motores permanecen iguales.

El 23 de junio aparecieron trastornos subjetivos en los miembros superiores. Hormigueos, sensación de frío en las manos. Objetivamente se encuentra hipoestesia total, sobre todo en el terreno del cubital.

Los miembros inferiores empiezan a ponerse progresivamente en flexión. En este momento se hace una punción lumbar: Tensión 22. No hay fenómenos de bloqueo. Albúmina 1,20 grs. Leucocitos: 0,4. Reacciones de Pandy y Weichbrodt: positivas. Bordet-Wassermann: negativa. Benjúi: 12110.22222.22100.

Desde el mes de julio no se nota avance de los trastornos.

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



Una punción lumbar hecha en el mes de agosto, muestra la mejoría del líquido céfalo-raquídeo: Albúmina: 0,50. Pandy: positiva. Weichbrodt: negativa. Leucocitos: 0,2. Benjuí: 00000.22222.22101. Meinicke y Bordet-Wassermann: negativos.

La enferma salió para un tratamiento eléctrico.

Pero persisten los dolores en los miembros superiores e inferiores. Estos últimos quedan ligeramente en flexión y conservan una atrofia notable.

El 8 de mayo de 1938, presentamos esta enferma al Dr. A. Thomas, quien quiso examinarla con nosotros.

El estado general de la enferma es desde luego más satisfactorio. Al examen neurológico: los miembros inferiores en flexión, la pierna sobre el muslo y el muslo sobre la pelvis; se observa en ellos, atrofia muscular marcada, sobre todo en la base de la pierna. Los movimientos de flexión y de extensión del pie son posibles. Los movimientos de los ortijos: libres. Puede exagerar la flexión del muslo sobre la pelvis. La extensión del muslo es posible si la enferma se sienta en el borde del lecho, pero con todo y eso es limitada. La extensión de la pierna es imposible. Cuanto se ensaya distender la pierna se encuentra resistencia muscular; esta es marcada sobre todo a nivel de los músculos posteriores del muslo.

La extensión provoca dolores muy vivos que limitan la acción.

En reposo no se observa contractura, los músculos están hipotónicos.

En los miembros superiores se encuentra atrofia de la eminencia hipotenar, más marcada a la derecha. No hay atrofia en el brazo ni antebrazo. La cara es normal.

Los reflejos aquileo y rotuliano están abolidos. Los reflejos osteotendinosos del miembro superior: normales. McCarthy: positivo. Reflejo del masetero: normal. Reflejos cutáneo-plantares: en flexión. Cutáneo-abdominales: conservados.

Sensibilidad: en los miembros inferiores se nota hipoestesia claramente al dolor y la temperatura, predominantemente en las extremidades. La sensibilidad táctil está mejor conservada, así como el sentido de las actitudes. La sensibilidad a la vibración está abolida por debajo de las rodillas. La sensibilidad de la cara y de los miembros superiores es normal.

No se nota ningún trastorno en los nervios craneanos: Ojos normales, lengua normal.

El reflejo pilo-motor buscado por excitación simple o por excitación eléctrica, muestra placas de inexcitabilidad localizándose en los miembros inferiores y el abdomen sobre todo en el lado derecho.

Examen eléctrico: No hay reacción de degeneración, tal vez ligera disminución de la excitabilidad de los interóseos de la mano a la corriente galvánica.

El 2 de marzo de 1938 la enferma ingresa de nuevo en el Hospital H. Roussel, donde ensayamos siguiendo los consejos de A. Thomas, reducir la flexión por anestesia clorofórmica. En efecto, el Dr. Thomas piensa que esta flexión, en vista de la ausencia de todo signo piramidal, y con el pasado psicopático de la enferma, puede ser debida a trastornos funcionales agregados, además la actitud misma de la enferma inclina en favor de esta teoría; considera en efecto, esta flexión y la imposibilidad en que se encuentra de caminar, con indiferencia: "Esto me impide ir a la farmacia a comprar el elixir paregórico".

Después de un ensayo sin resultado a la escopocloralosa, (a dosis progresivas, hasta de 0,75 grs.) procedemos a la cloroformización.

En un momento se llegó a la anestesia completa (hipotonía de los miembros, abolición del reflejo corneano), se hace la extensión hasta 80 grados, la resistencia del tríceps impide la extensión completa; al despertar los miembros vuelven a su posición anterior y la enferma se queja de fuertes dolores.

Los dolores espontáneos, junto a esta flexión y una ligera atrofia son los únicos restos de este ataque severo del sistema nervioso.

En resumen: En una enferma de pasado neuropático cargado, politoxicómana, ha aparecido en el curso de una cura de desintoxicación, un estado infeccioso al mismo tiempo que: 1) un estado confuso-onírico y 2) un cuadro poli-radículo-neurítico con disociación albúmimo-citológica. La evolución de ese síndrome, a pesar de la gravedad extrema del principio, se ha hecho hacia la curación: el estado general se ha restablecido, la punción lumbar ha vuelto a lo normal, pero quedan secuelas importantes.

En presencia de ese cuadro, hacemos el diagnóstico de poli-radículo-neuritis de origen toxi-infeccioso.

En efecto, los síntomas que hemos descrito, muestran que existe un ataque simultáneo de las raíces medulares (modificaciones del líquido céfalo-raquídeo) y de los nervios periféricos (dolores a la presión de las masas musculares y de los troncos nerviosos). Además la evolución fué característica, aparición insidiosa y progresiva de las parálisis, precedidas por parestesias y dolores. El ataque a los miembros superiores se hizo mucho más tardíamente y más todavía a los nervios craneanos, como por lo demás, es la regla. Evolución favorable después de una fase de extrema gravedad.

En fin, la presencia de un signo claramente neurítico, es decir del signo de Lasègue bilateral, junto con la disociación del líquido céfalo-raquídeo, nos parece imponer el diagnóstico del poli-radículo-neuritis.

¿Puede entrar nuestra observación en el síndrome descrito por Guillain, Barré y Strohl? Algunos autores no vacilarían en considerarlo así, a pesar de la ausencia de curación completa que según el Prof. Guillain, constituye una característica esencial del síndrome.

Creemos que las secuelas observadas en nuestra enferma, responden a un ataque neurítico y muscular más importante que de ordinario, debido seguramente a la larga intoxicación anterior de esta enferma. Es necesario además añadir el terreno psicopático que hace actualmente muy difícil la valorización exacta del residuo patológico.

Algunos síntomas observados en esta enferma pueden aparecer sujetos a discusión, pero en realidad no vienen más que a confirmar nuestro diagnóstico.

Es así que se pueden contar las fibrilaciones que observamos durante dos o tres días en la enferma; en diversas observaciones, sobre todo en la observación II de Guillain, Barré y Strohl: "por intermitencias en los músculos del maléolo, se ven pequeñas sacudidas mioclónicas".

En cuanto a la diplopía, la contracción de los maxilares y los trastornos de la motilidad de la lengua, responden a un ataque de los nervios craneanos, muy frecuente en este síndrome. Es así que se encuentran en numerosas observaciones de poli-radículo-neuritis, parálisis y diplegias faciales. Y en la observación de Guillain, Barré y Strohl (Obs. II) se nota una deficiencia en la abertura y oclusión de la boca.

En la observación IV de Boudin: trastornos de la vista.

En la de François, Zuccoli, Monthus, parálisis de la acomodación.

Por último Guillain y Barré (5 de marzo de 1936) notaron una diplopía transitoria y parálisis faciales.

Es lo mismo para los trastornos esfinterianos; se ve, es verdad, con más frecuencia la incontinencia; pero en la observación de Guillain, Alajouanine, y Perisson, el enfermo tenía grandes dificultades para orinar. En la observación de Morsier y Steinmann, existía retención.

La etiología del síndrome presentado por nuestra enferma, nos parece interesante discutirla.

La larga intoxicación morfínica de la enferma, incitaría a primera vista, a acusar a la morfina como causa de esta poli-radículo-neuritis.

En realidad, la existencia misma de las polineuritis morfínicas, es muy discutida. Leyser, Bumke y Kahn, han descrito cuadros clínicos que recuerdan la poliencéfalitis hemorrágica de Wernicke.

Por el contrario las observaciones de polineuritis morfínica, son excepcionales: Eliminaremos las observaciones poco demostrativas de Dejezine, Stephenson y Hirschberg y la única observación que se encuentra en la literatura médica de polineuritis morfínica es la de Hayman. Se trata de una morfinómana (dosis 1,50 grs. por día) en la cual aparecieron bruscamente dolores y una paresia de los miembros inferiores, seguidos bien pronto de una parálisis con reacción de degeneración. Durante la cura de desmorfinización presentó delirio confusional y alucinatorio. Curó después de seis meses de tratamiento.

Así pues, pensamos que esta rareza de observación es muy significativa, y que Pitres y Vaillard tienen razón de escribir: "si se compara esta extrema penuria de documentos con relación al número considerable de opiófagos, fumadores de opio y morfinómanos que corren por el mundo, y por otra parte la multiplicidad de causas que pueden provocar la polineuritis, no se puede dudar de la realidad de las polineuritis exclusivamente morfínicas".

En la abstinencia y en las curas de desintoxicación es frecuente encontrar, mialgias, parestesias múltiples, así como trastornos confuso-oníricos. Algunos autores, aun han descrito, delirium tremens (Abraham) y a veces verdaderos delirios de abstinencia (Dielmann, Heuyer). Para Bonhoeffer "no existen delirios secundarios a la abstinencia". Y Kraepelin piensa que es necesario tener en cuenta factores asociados, alcohol, cocaína y cloral.

Sin embargo existe una observación de Merchand y Ussé, de delirio confusional y alucinatorio con trastorno neurítico (tipo Korsakoff): Se trata de un morfinómano crónico (desde los catorce años) y cuyos trastornos aparecieron a la tercera semana de abstinencia.

Pero no hemos encontrado ninguna observación de poli-radículo-neuritis ni en el curso de intoxicación por opiáceos, ni durante la desintoxicación.

Así no creemos que en nuestro caso, los tóxicos desempeñen un papel exclusivo y esencial. En efecto el factor infeccioso fué indiscutible (fiebre, aftas) y nos parece haber desempeñado un papel capital.

Además no conocemos más que dos observaciones, publicadas por Laue y Massion-Verniory, de poli-radículo-neuritis de origen tóxico (alcohol). En realidad si se leen cuidadosamente estas observaciones, se da cuenta que en las dos el principio fué marcado por ligeras elevaciones térmicas o una angina. Courtois y Pichard consideran que en los episodios sub-agudos simples del alcoholismo crónico, la albúmina llega a 0,40, en 2,2% de los casos. En un caso de alcoholismo con polineuritis y síndrome de Korsakoff, la cantidad de albúmina no pasaba de 0,30;

Nasden en 45 casos de neuritis alcohólica, ha encontrado siempre el líquido normal.

Es indiscutible que los opiáceos ejercen una acción nociva indudable, como lo han demostrado las investigaciones experimentales de Sarabo. Pensamos que la intoxicación ha desempeñado un papel adyuvante en el ataque neurítico y muscular más importante y puede ese hecho explicar las secuelas que presenta actualmente la enferma.

BIBLIOGRAFIA

Se encontrará una bibliografía completa de todas las observaciones de poli-radículo-neuritis publicadas, en:

G. GUILLAIN Y J. A. BARRE. *Revue Neurol.*, marzo 1936, p. 573, y en la tesis de BOUDIN "Las poliradículo-neuritis con disociación albumino-citológica. Tesis de Paris, 1936.

Las observaciones citadas en este trabajo, son de:

GUILLAIN, ALAJOUANINE y PERISSON. *Soc. Medical des Hop. de Paris*, 13 de Oct. 1916, p. 1462.

GUILLAIN, BARRE y STROHL. *Revue Neur.* 1925, T. I, p. 492.

FRANCOIS, ZUCCOLI y MONTHUS. *Revue Neur.* 1929 T. I, p. 95.

G. de MORSIER. y J. STEINMANN. *Presse Medicale*, 21 nov. 1936.

LARUELLE y MASSION-VERNIORY. *Journal Belge de Neur.* 1937.

DIELMANN. *M Schr. Pschyat.* 64, 1927.

HEUYER. *Ann. medico-psych.* nov. 1937.

MARCHAND y USSE. *Psychopolynevrite au cours d'une cure de démorprinisation Encéphale*, 1936.

BUMKE y KANT. *Handbuch der Neur. Spezialle neur.* vol. V.

HAYMANN. *Zbl. f. Nervenheilkund*, 1909.

HIRSCHBERG. *Deustc. Mediz. Wschr.* 1909.

Leyser. *M Schr. psych.* 51, 1922.

PITRES y VEILLARD. *Enfermedades de los nervios periféricos. Traité de Médecine.* Gilbert et Carnot.

REPOND. *Ann. Médic.-psychol.* Nov. 1937.

DEJERINE. *Soc. de Biologie.* 1887.

STEPHENSON. *New York Med. Journal* April 1907.

SIFILIS

HEREDO SIFILIS

TRATAMIENTO DE ASALTO
Y DE CONSOLIDACION

PALUDISMO

ARSAMINOL

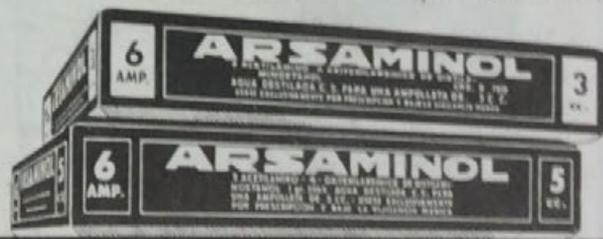
Inyecciones intramus-
culares y subcutáneas
indoloras

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

Usese exclusivamente por prescripción
y bajo la vigilancia médica.

DOS FORMAS

ADULTOS 1 ampollita 3 c.c. - 0 gr 15 As
1 " 5 c.c. - 0 " 28 As
NIÑOS 1 " 1 1/2 c.c. - 0 " 0375 As



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

RECONSTITUYENTE FOSFORADO

UTIL COMO

TONICO NERVIOSO Y GENERAL

AUXILIAR POR SUS PROPIEDADES EN LAS

PERTURBACIONES DE LA NUTRICION



DISPEPSIAS
FOSFATURIA
DERMATOSIS
CIERTAS JAQUECAS
PRETUBERCULOSIS
NEURASTENIA
INAPETENCIA

ciertas formas de

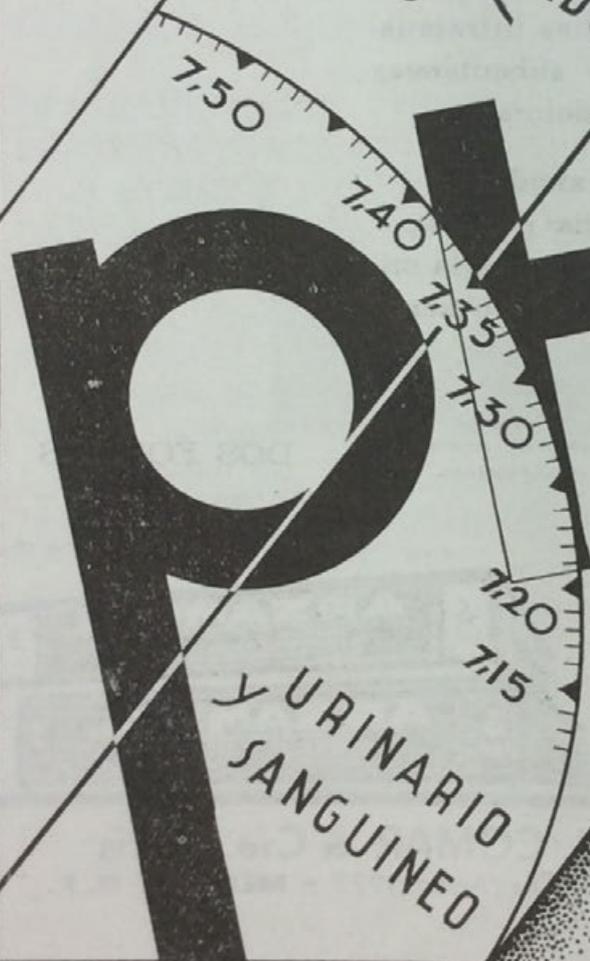
REUMATISMO CRONICO

ciertas

CONVALECENCIAS

PHOSOFORME

MODIFICADOR
del



PROP. No. 12010

GOTAS

REG. No. 9616 D. S. P.

SOLUCION

REG. No. 9887 D. S. P.

Establecimientos LAUZIER, S. de R. L.

Av. Chapultepec 206 Apartado 399

MEXICO, D. F.

Sección de Psiquiatría Jurídica

Por GUSTAVO SERRANO
y FELIPE COMEZ MONT

Ya se ha hecho costumbre en nuestro medio el que cuando en una Publicación o Revista, aparece una nueva sección, corresponda a los encargados de ella, primero, dar las razones de su aparición, segundo, esbozar el plan de desarrollo, y por último, haciendo una mezcla de las causas y del programa, exponer los fines que quieren alcanzarse.

Hoy, en la *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, aparece la Sección de Psiquiatría Jurídica, la cual el Dr. Samuel Ramírez Moreno ha tenido a bien encargarnos. Y nosotros fieles a la tradición, sabedores de que la costumbre hace ley y de que la ley obliga, trataremos de exponer, aunque sea brevemente, las causas de esta Sección, los planes de trabajo y los objetos que queremos lograr con ella.

Las causas las encontramos en la Escuela Libre de Derecho y junto con la Escuela, en la figura de dos estimables Maestros: el Dr. Samuel Ramírez Moreno y el Dr. Guillermo Dávila G. Aquella, porque al establecer los cursos de especialización consideró justificadamente que no será buen penalista quien no tenga conocimientos psiquiátricos y estableció la cátedra de PSQUIATRÍA poniéndola acertadamente a cargo del Dr. Ramírez Moreno y cuando éste salió en viaje a Europa, a cargo del Dr. Dávila. Y los Maestros, porque a la vez que desde la cátedra abrían nuevos horizontes para nosotros, que nos enseñaban nuevas rutas inexploradas por el jurista, nos llamaban a un nuevo apostolado, nos enseñaban el olvido en que la ley ha dejado al enfermo mental, su situación de parias dentro del derecho y nos excitaban a luchar para que el manto tutelar

del derecho fuera más humano, más comprensivo y se extendiere para salvaguardar al que no ha cometido más delito que el de estar enfermo; porque la situación de ellos sea remediada, no sólo penalmente, sino que el derecho se extienda a todas sus relaciones sociales. A esa nueva cruzada éramos llamados y nosotros acudiendo a ella, damos el primer paso en el campo de lucha.

El plan que vamos a desarrollar no lo limitaremos a nuestras propias fuerzas, ya que nosotros apenas si nos iniciamos en el Derecho, y de la Psiquiatría no conocemos más que ligeros esbozos de sus múltiples facetas. Para hacer atractiva la Sección acudiremos a los más distinguidos especialistas en la materia, procurando la colaboración, no sólo de eminentes penalistas, sino que de los Jurisconsultos de nuestro país trataremos de conseguir que por medio de esta Sección den a conocer los problemas que suscita el enfermo mental en todas las ramas del Derecho; se comparará la legislación de nuestro país con la de otros pueblos, tratarán de exponerse las teorías de los principales tratadistas, de aplicarse las modernas corrientes psiquiátricas a la Criminología, juzgaremos las actuaciones de nuestros tribunales y en una palabra, procuraremos que todo aquello que se relacione con la Psiquiatría Jurídica sea tratado en estas columnas.

El fin que queremos alcanzar es: que el Legislador se preocupe, se interese por resolver las situaciones y conflictos que crea el enfermo mental, quien casi siempre está en pugna con la Ley. Que el Juez lo comprenda. Que el Médico no se limite a hacer investigaciones clínicas y a verlo como un enfermo. Y sobre todo, que el Abogado se instruya, que no vea al enfermo mental como causa de divorcio o como excluyente de responsabilidad, sino que se preocupe por estudiarlo, por conocerlo, por valorizar las relaciones del alienado con el Derecho. Que no sea sólo un medio para usar de la "chicana", sino que sus esfuerzos tiendan a resolver el problema que es el enfermo mental para el Derecho que así cumplirá con la misión de apóstol que se le impone, que así velará por la Justicia, ya que con el enfermo mental por el desconocimiento en que se le tiene, es con quien más injusticias se cometen. Este es el fin que nos proponemos, y ojalá en lo Porvenir podamos verlo realizado.

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

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

La Enseñanza de la Psiquiatría en las Escuelas de Derecho

Por FERNANDO LAVALLE

El gran desarrollo que ha experimentado la Psiquiatría en los últimos años, ha determinado que nuestro Derecho Positivo se encuentre notoriamente retrasado con respecto a realidades humanas investigadas por aquella ciencia. Por otro lado, los estudios de Derecho, en nuestro ambiente, se han apartado siempre de las investigaciones psiquiátricas y nuestros legisladores parecen no haber visto siquiera el grave problema; pues con excepción de las breves referencias que se nos suministran en las respectivas exposiciones de motivos a los códigos penales, y que en la mayoría de las veces no aparecen aplicadas después en el texto de la ley, no se han preocupado del asunto y menos aún de poner la legislación a tono con los avances de la ciencia.

Posiblemente con excepción del Código Penal de 71, se encuentran los demás adaptados a concepciones antiguas, sin tener en cuenta que han cambiado profundamente los conceptos, debido principalmente a investigaciones nuevas y a nuevas teorías, y que lo que se tenía por verdadero, o ha sido refutado y corregido, o ha desaparecido absolutamente del campo de la Psiquiatría y dentro de dicha ciencia se conserva sólo como detalle histórico.

El Psicanálisis con Freud, y sus discípulos más ilustres, como Adler, Jung; la Biotipología con Kretchmer, etc., los progresos de la Endocrinología, y tantos otros estudios serios con respecto a la conducta del ser humano que se han elaborado, han venido a enriquecer sobremanera el conocimiento respecto de hechos que hasta hace poco eran dilemas para la ciencia. Nada de esto se ha incorporado en una forma efectiva al Dere-

cho, como debía ser para que éste respondiera a hechos, y realizara la justicia, hasta donde ésta es humanamente posible.

El concepto médico-forense sobre cuestiones psiquiátricas no puede sino reproducir lo que dicha ciencia diga sobre el particular, pues es ilógico que, como sucede actualmente, exista un criterio clínico y otro judicial, en virtud del cual un hombre puede ser alienado para el médico y no serlo para los tribunales, o viceversa. La justicia debe aceptar la solución de la Medicina y si la Psiquiatría cambia sus conceptos, éstos deben evolucionar concomitantemente en el campo jurídico. Recordemos al respecto el aforismo de un Juez británico: "No puede haber salud, legalmente, allí donde hay enfermedad efectivamente".

Hasta hoy los estudiantes de Derecho no adquirían, en las escuelas profesionales, nociones siquiera de Psiquiatría, no obstante la enorme importancia que implica su conocimiento dentro del Derecho, dado que el campo fundamental de éste es la conducta humana; "es sorprendente—dice Anderson— que de todos los dominios que conciernen a la humanidad, y que han llamado la atención de la ciencia, sea la conducta humana el último del que se han preocupado. Durante siglos se ha ahorcado a los hombres con el único fundamento de que la ley lo ordenaba. La única preocupación era saber si el reo era culpable o nó; si lo era, se le ahorcaba y toda la responsabilidad relativa a la conducta del culpable, era sepultada con el cadáver".

Fué hasta el año pasado cuando se creó la cátedra en la Escuela Libre de Derecho, a cargo de los distinguidos Psiquiatras doctores Samuel Ramírez Moreno y Guillermo Dávila. Los ensayos primeros han sido de gran significación para los alumnos; nuevos y vastos horizontes se abren para quienes ignoraban las causas verdaderas de muchísimas manifestaciones humanas que parecen inexplicables para el profano; principalmente en el campo de la Criminología, pues si bien es cierto que no todas las causas de la delincuencia pueden explicarse por la Psiquiatría, sí es evidente, según las estadísticas con que contamos, que un 50% pueden ser explicadas por ella; además, y esto es un punto importantísimo en nuestro Derecho, individualizar la pena, como lo quiere la nueva orientación de los estudios penales, en todos los países civilizados, resulta notoriamente imposible, si el Juez no tiene siquiera una breve noción de Psiquiatría, pues quien se asoma al estudio de esta ciencia, sabe que las reacciones ante estimulantes iguales son diferentes según las constituciones individuales; que la imposición de las penas, considerando objetivamente el delito, aun con el arbitrio judicial establecido por el artículo 52 de nuestro ordenamiento penal, resulta en la mayoría de las veces distanciado de la realidad, porque el

temperamento absolutamente normal, el SINTONO, no existe sino en teoría.

Por lo que a los regímenes penales corresponde, es particularmente interesante observar cómo, entre nosotros, distan muchísimo de estar acordes con las exigencias más rudimentarias de la ciencia psiquiátrica; cómo se impone una transformación radical en lo que a la determinación de la pena se refiere, si verdaderamente se pretende no sólo sancionar el crimen, sino lo que es más urgente: prevenirlo; una transformación radical, fundando instituciones en las que verdaderamente pueda intentarse la readaptación, principalmente por lo que a los menores delincuentes corresponde; una transformación en la que puedan aprovecharse socialmente las energías de los desadaptados, como existen ya en otros países, Bélgica, por ejemplo, en donde sobresalen, entre un gran número de instituciones modelo, la famosa de Santa Isabel, en Rixensart, para anormales recuperables, y el "Hogar Chez-Nous" de Luisana, que ha maravillado a los educadores de relieve que la han visitado; en fin, una transformación que esté de acuerdo con lo que el hombre ha logrado en sus investigaciones científicas, y que, por humanidad, no debe quedar en la teoría, sino desde luego ser aplicado para lograr un mejoramiento social.

Terminado el breve curso de Psiquiatría, los que a él asistimos, los que estuvimos en contacto con la gran tragedia que significa el mundo de lo anormal, los que vimos a través de las explicaciones de los maestros las injusticias que se cometen con muchos pobres enfermos, incomprendidos por los jueces y perseguidos por la policía; los que nos dimos cuenta de una gran responsabilidad que nos significa la niñez delincuente, sentimos, con la fuerza de una misión que nos haya sido impuesta, el deber de luchar para que, dentro de nuestro medio de acción, se atienda urgentemente a las reformas que requieren nuestros códigos para satisfacer realidades sociales que por ignorancia han sido descuidadas y se han convertido en vergüenzas sociales que a todos nos afectan por igual.

ETILOFORMO

Reg. 14012 D. S. P.

Mezcla Balsámica para la Anestesia General.

FORMULA:	
Eter etílico.....	49.25
Cloroformo purísimo.....	34.00
Cloretilo.....	10.50
Gomenol.....	6.25
	<hr/>
	100.00

Ampolletas de 40 y 60 grs.

ETER PARA ANESTESIA Q. P.

Reg. 14306 D. S. P.

MERCURIOL QUIRURGICO

Reg. 12786 D. S. P.

Poderoso antiséptico de alta penetración.

FORMULA	
Sal de sodio de la hidroximercuridibromfluoresceína.....	3
Agua bidestilada.....	29
Alcohol etílico.....	56
Acetona.....	12
	<hr/>
	100

MUESTRAS Y LITERATURAS A DISPOSICION DE LOS SEÑORES MEDICOS.

LABORATORIOS SCHNABEL, S. A.

Dr. Liceaga 41, México, D. F.

Mex. J-05-55 y Eric. 2-70-60.

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.

REVISTA CLINICA

Observaciones Recogidas en el Sanatorio del Dr. Ramírez Moreno

Por el Dr. CARLOS
PAVON A.

NISTAGMUS ESENCIAL CONGENITO FAMILIAR O ENFERMEDAD DE APERT

El nistagmus es un trastorno caracterizado por sacudidas bruscas sucesivas, asociadas y a veces rítmicas, de los globos oculares. La observación cuidadosa y la nistagmografía han demostrado que cada sacudida se descompone en realidad en un movimiento lento al cual sigue inmediatamente, otro brusco y rápido en sentido inverso; sin embargo, como este último es el más ostensible, es el único que se toma en cuenta para señalar el sentido del nistagmus.

Según la dirección en que se hace el desplazamiento ocular, el nistagmus ha recibido nombres distintos y así se describen: a) *el nistagmus horizontal*, cuando se efectúa el movimiento de una comisura a otra, *derecho o izquierdo*, según su predominio; b) *nistagmus rotatorio o giratorio* si se hace al rededor de la pupila como centro; cuando las sacudidas se hacen en sentido comparable a las manecillas del reloj, se llama *rotatorio izquierdo u horario*, si en sentido inverso, *rotatorio derecho o anti-horario*; c) *nistagmus vertical, superior o inferior*, bastante raro de obser-

var y d) *nistagmus oblicuo, derecho o izquierdo*, que puede considerarse como curiosidad clínica.

La amplitud y la rapidez del movimiento nistágmico, son muy variables, pero en general se comportan en sentido inverso, es decir, a mayor amplitud menor rapidez y viceversa. Del modo habitual la dirección del nistagmus, predomina en un sólo sentido (derecho o izquierdo, horario o antihorario) pero en ocasiones y tratándose de un mismo tipo, puede verificarse en doble dirección; cuando ésto sucede en el nistagmus horizontal, se observan verdaderos movimientos de vaivén llamándose entonces, *oscilatorio o pendular*.

En estado normal es posible observar dos formas de nistagmus: 1o.—*El nistagmus espontáneo fisiológico o periscópico*, que se presenta en ciertos sujetos cuando dirigen forzosamente la vista hacia determinado lado, las sacudidas se hacen en el mismo sentido de la visión; en este mismo tipo debe incluirse el llamado *nistagmus de fatiga*, que se observa cuando se mantiene fija la mirada, especialmente en posiciones extremas. 2o.—*El nistagmus panorámico*, que es posible comprobar cuando se suceden ante nuestra vista imágenes móviles, en desplazamiento rápido, condiciones que se cumplen, cuando por ejemplo, viajando en ferrocarril o frente a la pantalla cinematográfica vemos desfilar paisajes abiertos.

Con excepción de los anteriores, todo nistagmus espontáneo debe considerarse como patológico y rotularse en la mayoría de los casos, como de origen vestibular. En estas condiciones, el nistagmus es un fenómeno reflejo cuyo arco diastáltico es complicado y tiene como centros los núcleos vestibulares y óculo-motores.

Nistagmus esencial congénito familiar.—Señalado por Abuno en 1894, el conocimiento real del padecimiento data de 1906, cuando Apert y Dubosc comunicaron su primera observación referente a una madre con nistagmus congénito y nueve de sus hijos presentaban el mismo trastorno, sólo o asociado a otras manifestaciones neurológicas.

Los caracteres de la enfermedad son los siguientes:

a).—Es una dolencia *familiar*, que ofrece habitualmente la forma *hereditaria directa matriarcal*, las mujeres, de ordinario sanas, transmiten a sus hijos el padecimiento, que se observa casi exclusivamente en los hombres.

b).—El nistagmus se hace evidente desde los primeros años de la vida; su instalación es lenta de ordinario, pero algunas veces aparece después de alguna enfermedad infecciosa. Como manifestación aislada el nistagmus es del tipo llamado *espontáneo central*: oscilaciones rítmicas, de la misma amplitud y rapidez, de dirección horizontal, hacia ambos lados sin predominar en ningún sentido y caracterizando por lo tanto, al

párpados; no es influido por los movimientos voluntarios de los ojos y se hace más ostensible cuando se fija la mirada hacia adelante.

c).—En gran número de casos este síntoma-base de la enfermedad, se acompaña de algunas otras alteraciones neurológicas o psíquicas: movimientos cefalógiros, temblores, asimetría facial, estrabismo, retardo mental, etc., lo que ha permitido a Lenoble, formar varias formas clínicas que carecen en realidad, de interés; en este sentido merece recordarse solamente la asociación de movimientos mioclónicos, que es con mucho, lo más frecuente, dando lugar al *síndrome de Aubineau*, o nistagmus-mioclonia congénitos.

d).—Parece que el padecimiento tiene como fundamento anatómico-patológico la agenesia de ciertos núcleos vestibulares, particularmente la aplasia congénita del núcleo angular de Bechterew. Basándose en la frecuencia del síndrome de Aubineau, Meignant sostiene la tesis que el nistagmus esencial congénito es una forma de mioclonia hereditaria debida a la falta de desarrollo de los núcleos sub-talámicos que tienen cierta regulación funcional sobre los vestibulares: núcleos intercomisural de Kohnstamm y de Darskchewich. Las dos hipótesis tienen fundamento fisiopatológico, pero la realidad es que en los casos comprobados, las autopsias permanecen mudas. Lo que en nuestro concepto debe desecharse definitivamente, es la analogía que ciertos neurólogos quieren hacer entre la enfermedad de Apert y la heredo-ataxia cerebelosa, nada tienen que ver las dos y es útil recordar aquí que el nistagmus, como síntoma, *no es nunca de origen cerebeloso*.

El señor S. M. A., de 30 años, soltero, empleado, fué estudiado en el mes de abril. Relatan sus familiares que desde muy pequeño, cuando tenía tres años aproximadamente, observaron que "movía constantemente los ojos y la cabeza", trastorno al que no se le dió importancia, pero que ha persistido durante toda su vida, evolucionando en forma irregular, por períodos en que se intensifica y épocas intercalares en que desaparece; en los últimos 6 años estos movimientos han sido continuos y se presentan más acentuados. El enfermo desde chico es raro de carácter, violento, irascible, inadaptado. Un mes antes de que se le observara se iniciaron alteraciones mentales manifiestas: inquietud, desconfianza, ideas interpretativas, desinterés, apatía, etc.

El examen directo del enfermo muestra un nistagmus espontáneo horizontal, pendular; los ojos se mueven rítmicamente a la derecha e izquierda con sacudidas rápidas; al cerrar los ojos es posible comprobar por palpación a través del párpado que el movimiento tremulatorio persiste; si se le hace fijar la mirada hacia adelante, el nistagmus se acentúa; los movimientos laterales del globo ocular no influyen sobre las sacudidas

nistágmicas; en cambio desaparecen cuando se hace efectuar al ojo movimientos oblicuos y verticales.

Al mismo tiempo pueden observarse movimientos cefalógiros en igual sentido del nistagmus, que se presentan esporádicamente en forma de crisis pasajeras, con intervalos variables.

Se encontraron, como datos neurológicos agregados: anisocoria por midriasis derecha, ligera asimetría facial dinámica con desviación derecha y exageración de los reflejos rotuliano, aquileo y medio-púbico. Las funciones restantes del sistema nervioso se manifestaron normales; en especial fueron negativos los datos referentes al nervio vestibular y a la serie cerebelosa.

El examen mental proporcionó síntomas inconexos: hipoprosexia, amnesia de fijación ligera, bradipsiquia, reticencia, ideas interpretativas, respuestas desviadas, indiferencia afectiva e inestabilidad motora acentuada.

Ante este cuadro clínico que no dudamos en catalogar como un nistagmus esencial congénito, se imponía una investigación sobre antecedentes familiares, cuyo resultado fué el siguiente: padre y rama paterna, sanos; madre, estrábica; tuvo dos hijos, el enfermo y una mujer que es sana; esta última no ha tenido descendientes. Entre los colaterales maternos del paciente, una tía presenta nistagmus, tiene cuatro hijos de los cuales uno presenta estrabismo congénito y otro nistagmus y movimientos cefalógiros, muy semejantes a nuestro enfermo; los ascendientes a partir de los padres, no sabemos si presentaron algún trastorno, pues se ignoran completamente los datos referentes a ellos. En total, cuando menos dos familiares de la primera generación ofrecen nistagmus congénito, además del sujeto que sirvió de estudio.

Medicación eminentemente causal

Antidiarreico absorbente y antitóxico intestinal

Carbantren <Ciba>



en las afecciones gastro-intestinales

Bismuto iodoctoroquinoleína
pectina y carbón medicinal activo
(granulado) Reg.No.19538.D.S.P.

Para muestras y literatura: W.Noeh. Aptdo. 1739 Méx. D.F.

S
A
N
Y
N

BI-YO-CLICOL

INFANTIL
REG. No 15385. D.S.P.

Sanyln

ADULTOS
REG. No 14926 D.S.P.

INDOLORO.

SIFILIS
EN TODOS SUS PERIODOS
BISMUTO en FORMA
ANIONICA
ELECTRONEGATIVA

Galinaf

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

Dr. RAUL DAVILA G.

Esc. Nacl. Odontológica.

Consultorio: Regina 58.

CONSULTAS:

Lunes, Miércoles y Viernes de 3 a 6.

Martes, Jueves y Sábado de 3 a 9.

Teléfonos:

Eric. 7-69-39. Mex. J-14-41.

LABORATORIO MEDICO

DEL DR.

ALBERTO LEZAMA

Regina Núm. 7.

Teléfonos: 2-60-02 y J-33-06

DR. JOSE TORRES TORIJA

Avenida Madero No. 66.

Mex. J-11-33.

Eric. 2-45-48.

**SALUD
Y
VIGOR.**

PERHEPAR TONICO.
RICHTER.

De sabor agradable, aún para los niños.

POTENTE ANTIANEMICO, controlado biológicamente 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.

NOTAS SINTETICAS

Por el Doctor JUAN
PEON DEL VALLE

PRIMER CONGRESO LATINOAMERICANO DE CRIMINALOGIA

Se llevará a efecto en Buenos Aires, República Argentina, el 25 de julio de 1938, siendo presidente del Comité Ejecutivo el eminente Prof. Dr. Osvaldo Loudet. Han sido invitados los siguientes especialistas mexicanos: Dres. Torres Torija, Peón del Valle, Gómez Robleda, Quiroz Cuaron, Argüelles, Lozano Garza, Salazar Viniegra, Elizarrarás, Siordia, Rodríguez Cabo, Ramírez Moreno, Núñez Chávez, González Enríquez, Oneto Barenque, Buentello, y Lics.: Franco Sodi, Asiain, Pardo Aspe, González de la Vega, Alberto R. Vela, Ceniceros, Almaraz, Garrido y Milanés.

Los temas oficiales son los que siguen: "Los índices médico-psicológicos y legales de la peligrosidad", "Los factores bio-sociológicos en las reacciones antisociales de los menores", "La preparación científica del Juez del Crimen", "La Analogía en Derecho Penal", "La lucha internacional contra la delincuencia".

SOCIEDAD MEXICANA DE HIGIENE

Quedó fundada en esta ciudad e inauguró sus trabajos con una aportación del Dr. Alberto P. León, Jefe de la Oficina General de Epidemiología del Departamento de Salubridad Pública, acerca de la inmunización activa y pasiva, simultáneamente, contra la difteria; trabajo de experimentación clínica y de laboratorio en que colaboró técnicamente el Dr. Gerardo Varela y que es de enorme trascendencia y utilidad, viniendo a hacerse por primera vez en el mundo un estudio científico de aplicación en

esa materia, ya que hasta ahora sólo Harrison, en Estados Unidos, aconsejaba hacerlo a pesar de las opiniones de Rosenau, como lo hacíamos ya aquí también aunque sin bases experimentales, inyectando 1000 U. de antitoxina y una dosis de toxoide precipitado por alumbre.

La Sociedad Mexicana de Higiene está integrada por médicos sanitarios e higienistas como los Dres. Bermúdez, Bustamante, Angelini, Peón del Valle, Medellín Ostos, Vidal Altamirano, Hurtado, Guízar, García González, García Moreno, Gamboa, Arreguín, Madrid Mendizábal, Vilchis, Vallarino, Varela, Gutiérrez Villegas, Romero, López Clares, Andrade, Aranda, Leal, Contreras, Nava, Ramírez, Martínez García, Falcón y otros también con bastantes años de dedicación en este ramo.

La presidencia recayó en el Dr. Adolfo Arreguín y las secretarías en los Dres. Alfonso Angelini y Luis Madrid Mendizábal. Fueron nombrados socios honorarios los Dres. Ernesto Cervera, Leonides Andreu Almazán, Alfonso G. Alarcón, Alfonso Pruneda, Manuel Martínez Báez y Alberto P. León, personalidades muy destacadas.

La iniciativa para fundar esta Sociedad partió de los Dres. Enrique García y Alfonso Guízar, y fué apoyada por el maestro D. José León Martínez, jefe de la Sección Técnica de Profilaxis de las Enfermedades Transmisibles en el Departamento de Salubridad. Intimamente ligada, como es lógico, a las labores oficiales de higiene pública, y habiendo recibido aplauso y aliento por parte de las autoridades sanitarias, esta Sociedad es, sin embargo, de carácter independiente.

PRIMER CONGRESO MEXICANO DE PEDIATRIA

Convocada por la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones, tendrá lugar en México, en noviembre del presente año, la Conferencia Inter-Gubernamental de los Países de América sobre Higiene Rural. La Comisión Preparatoria Mexicana está trabajando bajo la dirección del Dr. Alfonso Pruneda, con la colaboración de los Dres. Rovirosa, Izaguirre, Duarte, Villaseñor, Mazzotti y Cándano.

CONFERENCIA DE HIGIENE RURAL

La Sociedad Mexicana de Puericultura lo está preparando para principios de septiembre del año que corre, bajo la presidencia del Dr. Alfonso G. Alarcón. Su trascendencia será muy grande, y así como en el

recientemente celebrado en Venezuela se dió atención preferente a la protección de la madre y del niño, aquí se proponen los siguientes temas oficiales: "Sub-alimentación en el niño mexicano", "Colitis en la infancia", "Infecciones en las vías respiratorias superiores y órganos conexos" y "Puericultura en el medio rural". Las Secretarías, a cargo de los Dres. Alvar Carrillo Gil y Jorge Muñoz Turnbull, están trabajando activamente. En la vicepresidencia figuran distinguidos pediatras como los Dres. Mario A. Torroella, Manuel Escontría, Federico Gómez.

PSIQUIATRIA Y DERECHO

Es de desearse que quede de una manera formada establecida la cátedra de psiquiatría forense, de medicina mental jurídica o de psiquiatría aplicada a las leyes, pues existe bastante distanciamiento todavía entre nuestros psiquiatras y nuestros penalistas y civilistas; sobre todo por lo que al ramo de lo criminal atañe, no basta leer o escuchar descripciones de patología mental, sino obtener una enseñanza verdaderamente adecuada al uso de los futuros jueces y peritos. Causa pena ver lo que ha tardado en irse reconociendo esta necesidad. Desde 1906 ya había un magnífico texto que no han utilizado profesores ni alumnos; me refiero a los "Elementos de Medicina Mental, aplicados al estudio del Derecho", edición del curso que el Dr. Legrain dió en la Facultad de Derecho de París en 1905. De nada sirve poseer los hermosos conceptos modernos acerca de la psique, la peligrosidad, etc., si no se tiene una base de enseñanza de la medicina mental como la del profesor Legrain. Sobre ese sistema debe enseñarse la psiquiatría en las escuelas de derecho, sistema completamente diferente al de las escuelas de medicina y sin embargo, quien desempeñe esa cátedra, debe dominarlos y hermanarlos ambos para mejor fruto del alumnado. Nunca deberá perderse de vista que la labor de médicos y magistrados necesita basarse en mutua inteligencia, pero todavía existe anempeía entre ellos y solamente profesores bien documentados, respetuosos de las enseñanzas antiguas y competentes en concepciones modernas, lograrán la preparación debida de los futuros juristas.

¿POR QUE CARDIAZOL?

El pentametileno-tetrazol, compuesto químico de vasta aplicación terapéutica y de interesante acción farmacodinámica, sigue ocupando la atención. Pero ¿por qué llamarle "Cardiazol" en los trabajos científicos que los señores médicos publican, siendo esto una inconciente propaganda

a determinada casa comercial? Ha sido costumbre, buena por muchos conceptos, que en las aportaciones serias no se usen nombres de patente, y con el pentametileno-tetrazol (abreviadamente "tetrazo.") han seguido esa costumbre muchas personas, entre las que recordamos recientemente al Dr. Ramírez Moreno, que presentó muy interesante, completo y documentado trabajo, con proyecciones cinematográficas, ante la Academia Nacional de Medicina refiriendo su experiencia con el tetrazol en el tratamiento de la esquizofrenia. Sin embargo, otros investigadores y médicos usan indistinta o preferentemente un nombre patentado, una marca registrada de cierta casa, y sería preferible que no lo hicieran por muchas razones que por sabidas se callan.

A propósito del tetrazo, recuerdo que en el Núm. 22, Vol. IV, noviembre de 1937, de esta Revista, escribí una notita mencionando que el antagonismo esquizofrenia-epilepsia no era cosa probada. Bueno es agregar, ahora, que sigue siendo cosa no probada, y mencionaré cuatro hechos: 1o.—Verstraeten considera empíricos todos los tratamientos convulsivantes por no aceptar el antagonismo de la epilepsia y la esquizofrenia; 2o.—En un artículo de esta Revista se señala que en el Instituto Caritas, en el pabellón de epilépticos, los enfermos son casi todos esquizofrénicos comprobados; 3o.—Buenos resultados de la terapéutica convulsivante con diferentes sustancias (v. gr. terpina y tetrazol), se obtienen en diversos padecimientos mentales, sobre todo en la psicosis maniaco-depresiva y otras melancolías; 4o.—Los epilépticos frecuentemente son resistentes a las convulsiones provocadas.

Los empleados de la casa que patentó en algunos países un preparado de pentametileno-tetrazol, protestaron por aquella notita sobre el antagonismo de la esquizofrenia y de la epilepsia. Creían que había contradicción porque en la misma Revista se recomendaba el producto para el tratamiento de la esquizofrenia. No hay tal contradicción, y aunque la hubiera, cada médico puede responder independientemente por el contenido de sus artículos. Ahora no se molestarán a saber que merced a nuestros conocimientos se podrá aplicar su producto no sólo para la esquizofrenia, sino para muchos otros padecimientos mentales, entre los cuales algunos piensan que el medicamento es especialmente efectivo en la psicosis maniaco-depresiva. Los resultados del tetrazol serían más constantemente favorables en la P. M. D. que en las psicosis esquizomorfias.

CLINICA DEL
DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

Enfermedades Mentales y Nerviosas

1a. CALLE DE GENOVA No. 39

TELEFONOS:

ERICSSON 4-20-62

MEXICANA L-72-30

MEXICO, D. F.



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.