

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL



BIBLIOTECA
CENTRAL

SUMARIO:

Propiedad de la
Academia N. de Medicina
de México

PARALISIS FACIALES.—*Por el Dr. Adolfo M. Nieto.*

MENINGOENCEFALITIS TOXICA POR
GAS CARBURO.—*Por los Dres. Samuel
Ramírez Moreno y Carlos Pavón A.*

¿DEBE DECLARARSE EL PALUDISMO
ENFERMEDAD PROFESIONAL?—*Por
el Dr. José Torres Torija.*

LOS ENFERMOS MENTALES COMO VIC-
TIMAS DE DELITOS SEXUALES AN-
TE LA LEY MEXICANA.—*Por Gustavo
Serrano.*

LA PENA EN LA PSICOANALISIS.—*Por
el Abog. Manuel Rivera Silva.*

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

VOL. V

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 27

SEPTIEMBRE DE 1938

MEXICO, D. F.

Quimofarma

FABRICA DE PRODUCTOS QUIMICOS Y FARMACEUTICOS
CALLE DE PUEBLA 402-A ERIC. 4-47-16
MEXICO, D. F.



Tiene el honor de ofrecer al H. Cuerpo Médico el

BILUSAN

Reg. D. S. P. 18373

Novísimo preparado bismútico en solución acuosa.

Lipótropo. Prácticamente Atóxico.

De fácil absorción. Segura eliminación,

Soluble tanto en medios alcalinos como ácidos.

Para inyecciones intramusculares e intravenosas.

Dosificación exacta. Aplicación indolora.

Para el tratamiento de Neuro-sífilis.

Aplíquese solo o en combinación con

NUCLEOPROTIN

Reg. No. 17216 D. S. P.

Unico producto proteínico elaborado
de leche de vaca del país,

No precipita al ser mezclado con

BILUSAN

en la misma jeringa.

Para el tratamiento proteíno-bismútico combinado
de la neuro-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. NUM. 27. 1o. DE SEPTIEMBRE 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, Octavio Lizardi y Carlos Ramírez Prado.
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 Clinto, Heitor P'eres, José Mariz y José Lucena.
CUBA: Dr. Manuel Galigarcía.
COSTA RICA: Dr. Roberto Chacón Paut.
CEILE: 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

ERICSSON, 3-41-31
MEXICO, D. F.

NEUROTONINE

RG. 15314

SEDANTE.

HIPNOTICO.

ANTIESPASMODICO.

FORMULA:

Sal sodica de ácido Dietilbarbiturico..... 3 00
Extracto de raíz de Valeriana fresca97.00

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

DOSIS:

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

LABORATORIOS "GAVRAS," PARIS

REPRESENTANTE PARA LA REPUBLICA MEXICANA

JUAN DE OLLOQUI

ANTONIO SOLA NUM. 58

MEXICO, D. F.

PARALISIS FACIALES

Examen clínico. Significación de algunos síntomas



BIBLIOTECA
CENTRAL

Por el Dr. ADOLFO
M. NIETO

INTERROGATORIO:

Comprende investigaciones de índole sintomática en primer término, y de etiológica en segundo.

Las sintomáticas tienen particular interés en parálisis leves —sea originalmente, o como resultado de regresión—, ya que en las acentuadas, aparte de lo que el Médico observa mientras interroga, el sujeto menciona por su cuenta desórdenes de significación palmaria.

Como datos motrices, la desviación de los rasgos fisonómicos; la imposibilidad absoluta o parcial de ocluir alguna de las hendeduras palpebrales; el lagrimeo unilateral permanente; la dificultad para articular labiales y linguales, beber de modo correcto —esto es, sin escurrimiento de líquidos por una de las comisuras— y formar el bolo —sin dejar alimentos entre un arco dentario y el carrillo correspondiente, ni advertir torpeza al tratar de disponerlo sobre la lengua—, son de investigación forzosa en el caso supuesto.

Y entre los sensitivos, merecen información la pérdida del gusto, no siempre conocida de los enfermos e indispensable de buscar en tiempo especial; la presencia de dolores, ya sólo auriculares o también faciales (regiones mastoidea, temporal, frontal, de la mejilla y del carrillo), espontáneos, de carácter lancinante, a veces principalmente nocturnos y con

frecuencia anteriores a la parálisis; la de trastornos acústicos-hipoacusia y percepción penosa de sonidos fuertes, hipoacusia y zumbidos de oídos, y la de vestibulares, vértigos y perturbaciones del equilibrio.

Las preguntas de orden etiológico varían con la extensión de la parálisis.

Si parece total —supra e infraorbitaria— deberán referirse:

A padecimientos del oído, homolaterales respecto de la parálisis:

Otitis medias agudas no sólo supuradas, sino catarrales leves susceptibles de no ser tomadas en cuenta por el paciente pero capaces de provocar parálisis del VII.

Supuradas crónicas (las catarrales de esa evolución carecen de interés, a menos de ser exudativas).

Laberintitis supuradas.

Osteítis y necrosis del acueducto, ligadas a procesos neoplásicos o a flegmáticos como los apuntados.

Y en menor escala, forúnculos y cuerpos extraños del conducto auditivo externo.

Traumatismos:

Fracturas de la base en el piso medio, que interesan la porción menos resistente de la roca (conducto auditivo, bóveda de la caja) y pueden afectar al facial tanto de manera inmediata como tardía.

Heridas y —excepcionalmente— intervenciones quirúrgicas de la roca o la región parotídea.

Tumores de esta última.

Afecciones del sistema nervioso central capaces de comprender el núcleo, la raíz o el tronco del VII (síntomas bulbares por lesiones en el piso del cuarto ventrículo, la profundidad del bulbo, el ángulo ponto-cerebeloso; medulares de esclerosis múltiple o lateral amiotrófica; cerebrales de naturaleza flegmática, tumoral, &).

Intoxicaciones generales: diabetes, gota, saturnismo.

Infecciones agudas vulgares (gripa, reumatismo, &), o con predilección especial por el sistema nervioso: zona ótica, encefalitis epidémica.

Infecciones crónicas: sífilis y tuberculosis, bien que la segunda actúe únicamente como causa de otitis.

Enfriamiento manifiesto.

Y si los trastornos ocupan de preferencia la región infraorbitaria, el interrogatorio tendrá por mira la búsqueda de antecedentes relativos a padecimientos de la corteza cerebral, la cápsula interna, el pedúnculo, y

la parte superior de la protuberancia, en la mitad del encéfalo cruzada respecto de los síntomas faciales.

INSPECCION ESTATICA

Busca sistemáticamente la simetría normal —o la asimetría patológica— de las dos mitades de la cara; y, cuando la anamnesis rinde antecedentes de dolores auriculares o faciales, el estado de la piel.

En visión de conjunto, las dos mitades parecen corresponderse, o una de ellas está encogida, fruncida o retraída, mientras la otra muestra particularidades opuestas. Y a la inspección por regiones —de arriba abajo— se estudian la profundidad y el nivel de los surcos frontales, la posición de las cejas, el diámetro vertical de las hendeduras palpebrales (en la mirada de frente y haciendo mover los ojos de arriba hacia abajo, recurso que hace claramente visible —en cierta actitud— diferencias no apreciadas en la mirada horizontal), la situación del borde libre de los párpados inferiores y —con ella— la forma en que se realiza el encauzamiento de la secreción lacrimal, las dimensiones trasversales de los orificios de la nariz, la profundidad de los surcos nasogenianos y la dirección de la hendedura bucal.

En el supuesto de asimetría efectiva, la exploración de referencia comprueba en la mitad caída: pliegues de la frente nulos, o —cuando raras— semiborrados y en descenso; ceja a menor altura que su homóloga; hendedura palpebral verticalmente agrandada; globo ocular en sursumducción ligera, advertida mediante comparación —en la mirada de frente— de la postura que toma la circunferencia de ambos iris con respecto al borde libre de los párpados; párpado inferior en eversión; epífora; surco nasogeniano desvanecido, o apenas visible; orificio nasal estrecho en sentido trasversal; y hendedura bucal oblicua, por descenso de la comisura correspondiente.

Por lo que concierne al examen de la piel en la circunstancia anotada, tiende a indagar la existencia de erupción herpética actual, o la de huellas que delaten erupción anterior. Si lo primero, la concha del pabellón, las porciones situadas atrás de ella (antitragus, antehélix y depresión del mismo) y —con menor frecuencia— los carrillos, exhiben grupos o racimos de elementos eruptivos en diversos períodos de evolución, de acuerdo con su desarrollo bajo forma de brotes sucesivos: manchas rojas, vesículas, pústulas o costras. Y en la segunda eventualidad, las propias zonas ofrecen manchas pigmentadas. A largo plazo, no se encuentra habitualmente huella alguna.

INSPECCION CINETICA

Tiene por miras inquirir la persistencia —o la abolición— de ciertos actos automáticos fisiológicos, o la aparición de movimientos anormales.

Habitualmente, la mitad caída no ofrece otros movimientos involuntarios que los de estrechamiento de la nariz a cada inspiración, en lugar de las dilataciones normales: los párpados —en particular— se mantienen inmóviles durante las oclusiones intermitentes y espontáneas de los otros. Pero a veces, dicha mitad exhibe contracciones pasajeras, despertadas por esfuerzos de los miembros; y otras ocasiones, la mitad retraída es la que pierde el parpadeo —así como los ensanchamientos inspiratorios de la nariz— y sufre sacudidas clónicas, espontáneas, arrítmicas y principalmente infraorbitarias.

EXPLORACION FUNCIONAL

Es indispensable en toda asimetría de la cara, desde el momento en que dicha irregularidad —más común, de lo que a primera vista parece— no es forzosamente de razón paralítica.

Se estudian:

I.—La contractilidad voluntaria:

Del frontal. Aplicadas las yemas de los pulgares sobre los arcos orbitarios, a presión moderada y movilizandó la piel en sentido descendente, se ordena elevar las cejas o mirar hacia arriba. Los orbiculares orbitarios. Dispuestos los pulgares como en la maniobra que antecede, pero elevando pasivamente las cejas, se pide bajar éstas con fuerza.

Los orbiculares palpebrales. Se invita a cerrar las hendeduras de los párpados, cada una aisladamente y las dos al mismo tiempo. Durante la oclusión bilateral, el observador intenta separar los párpados en ambos lados.

Los elevadores de los ojos. Mientras el sujeto mira verticalmente arriba, se compara la distancia que media entre el borde libre de los párpados inferiores y el cuadrante irido-corneal inferior de los dos ojos.

Los que mueven trasversalmente las alas de la nariz. Se pide ensanchar y estrechar los orificios nasales.

El orbicular de los labios. El enfermo mantiene los labios en contacto activo y el Médico trata de separarlos, midiendo la resistencia que oponen a derecha e izquierda. Se ordena "hacer hocico" —esto es, cerrar

el orificio bucal proyectando los labios adelante en forma de cono—, juntar los labios y llenar la boca de aire, articular labiales, ingerir líquidos.

El resto de músculos de la cara no puede ser explorado individualmente, sino a favor de actos que exigen la intervención de varios de ellos y aun la de otros ajenos al territorio del VII. Soplar o silbar (bucinator y orbicular).

Mostrar los incisivos superiores (elevador propio, común del labio y las alas de la nariz, canino, zigomático menor).

Descubrir los arcos dentarios, ensanchando transversalmente el orificio bucal (bucinator, zigomáticos).

Reír (bucinator, zigomáticos, risorius). Hay que aprovechar la risa espontánea, o provocarla mediante incitaciones conocidas. Abrir la boca, libremente y al máximo. Músculos infrahioideos que fijan el hueso hioides; suprahioideos —entre los cuales el digástrico y el estilohioideo reciben fibras del facial— abatidores de la mandíbula; y cutáneos cervicales, con igual influjo respecto del labio inferior y los tegumentos de la barba, y cuya mediación se aprecia en las partes laterales e inferiores del cuello previamente descubiertas.

Flexionar la cabeza o abrir la boca, venciendo obstáculo al movimiento. En el primer caso y cualquiera que sea la posición del enfermo, basta aplicar sobre su frente la palma de una mano para oponerse al movimiento pedido. En el segundo, además de inmovilizar al maxilar inferior en contacto con el superior, debe mantenerse la cabeza en extensión mediana, a fin de impedir la hiperextensión de la misma que suele promover la imposibilidad de abrir la boca; y estos preparativos pueden ser realizados por el propio observador —cuando el paciente está en decúbito supino—, al paso que —si guarda posición sedente— es preferible encomendarlos a tercera persona que se coloca atrás del sujeto para fijar su cabeza con una mano y su mandíbula con la otra.

II.—La contractilidad refleja.

Entre los variados reflejos de la cara (palpebrales: oclusión de los párpados por percusión de la región fronto-parietal, el arco zigomático o el punto supra-orbitario, y por incitaciones de la córnea o la conjuntiva; córneo-mandibular: incitación de la córnea, estando la boca entreabierta, y desviación del maxilar hacia el lado opuesto; bucal: percusión del labio superior sobre la línea media, y contracción del orbicular; palpebral y bucal: oclusión de los párpados y contracción del orbicular de los labios, mediante percusiones del tronco del VII a su salida del orificio estilomastoideo; &) el único que se busca sistemáticamente en la clínica a mi cargo es el palmo-mentoniano o de Radovici.

sujeto en forma que le permita tener a su disposición la cara palmar de las mismas —esto es: afianzándolas por el dorso, para mantenerlas en su pinación—, y recomienda al paciente cerrar los ojos, entreabrir la boca y relajar los músculos de la barba.

El estímulo —en la región tenar o la cara palmar del índice, y de preferencia con la extremidad de una pinza— debe ser cutáneo, lineal, longitudinal, rápido y de cierta intensidad —no muy superficial ni demasiado profundo.

Y la reacción normal, positiva en el 50% de adultos y en proporción más elevada de niños, consiste en contracción clónica de los músculos de la barba —el borla en particular— homolateral respecto del estímulo y que eleva la piel de la región, hundiéndola —en pequeña fosa— sobre las inserciones inferiores del borla respectivo y plegándola trasversalmente arriba de ellas. A veces, el movimiento de ascensión afecta la piel de la barba y la mitad del labio inferior.

El arco diastáltico inferior de este reflejo comprende:

Vías aferentes representadas por fibras sensitivas del cubital, y otras anexas al haz fundamental del cordón lateral correspondiente. El estímulo, por razones de isocronismo sensitivo-motor, en vez de pasar de las primeras a los hacecillos de Kölliker y las formaciones grises anteriores del hinchamiento braquial, sigue por las segundas y recorre con ellas el tramo cervical de la médula y la porción inferior del bulbo.

Un centro transformador: el núcleo bulbar del VII en el piso del cuarto ventrículo, y muy particularmente el grupo de células motrices en relación con los músculos de la barba. Y las fibras del propio nervio destinadas a los músculos de referencia, como vías eferentes.

Su arco diastáltico superior —inhibidor respecto del que antecede— no es otro que el departamento córtico-nuclear del facial: centro Rolándico en el hemisferio opuesto, ligado —probablemente— por relaciones de contigüidad con la zona sensitiva cortical de la eminencia tenar; y vías de proyección que siguen el haz geniculado en sus tramos capsular y peduncular, se cruzan en la parte superior de la protuberancia, y terminan en el núcleo bulbar.

Las dos clases de pruebas dinámicas pasadas en revista, dan resultados variables.

En estado fisiológico y aun cuando exista asimetría evidente de la cara, el sujeto contrae las dos mitades del frontal, al mismo tiempo y con igual energía.

Cierra —cabalmente— las hendeduras de los párpados, así de modo simultáneo como sucesivo, salvo cuando acostumbra guiñar sólo de un lado y manifiesta no haber podido nunca hacerlo con el otro; opone a la

Como preliminares, el Médico toma sucesivamente cada mano del separación pasiva de los párpados, resistencia comparable en los dos lados.

Puede ensanchar y estrechar transversalmente las alas de la nariz; infla los dos carrillos, en proporción igual y por tiempo indefinido.

Sopla y silba, manteniendo ambos carrillos en contacto con los arcos dentarios y el eje de la hendidura bucal sobre el plano medio antero-posterior.

Dispone los labios en embudo, muestra los incisivos y los caninos superiores, ríe y descubre transversalmente los arcos dentarios, conservando las comisuras a igual distancia de la línea media; resiste a la desunión pasiva de los labios voluntariamente acoplados, con fuerza análoga en sus dos mitades.

Realiza correctamente la articulación de labiales, la ingestión de líquidos y la formación del bolo.

Abre la boca, sin desviación lateral de su eje mayor.

Presenta, en actos que entrañan la intervención simultánea de los cutáneos del cuello, digitaciones bilaterales de los mismos; y exhibe, como respuesta a estímulos apropiados de las eminencias ténares, reflejos de Radovici idénticos —es decir: nulos, leves o intensos, y en las dos últimas eventualidades, de forma clónica. No es excepcional, sin embargo, que en sujetos normales el reflejo palmo-mentoniano sea más visible a la izquierda.

Si la asimetría obedece a parálisis facial flácida, la elevación y el descenso de las cejas se hacen únicamente en la mitad retraída, acentuando el desnivel de las mismas y la desigualdad de los pliegues de la frente.

La oclusión de los párpados es posible y correcta en la propia mitad, en tanto que la otra muestra alguna de las anomalías siguientes: los párpados permanecen abiertos, sea que se intente cerrarlos aisladamente o en forma conjugada, y permiten presenciar la sursunducción del ojo (signo de Bell); o pueden cerrarse conjuntamente con los otros pero no de manera individual, y lo hacen dejando a descubierto parte del globo ocular (signo de Revilliod):

La sursunducción de los ojos es más amplia en la mitad caída o aplana (signo de Negro).

Los movimientos de las alas de la nariz persisten en el lado encogido y faltan en el otro.

La distensión bilateral de los carrillos es imposible: el aire escapa por la mitad en descenso de la hendidura bucal.

Las tentativas de soplar y silbar hacen visibles mayor ascenso de la

comisura ya elevada, aplicación activa del carrillo correspondiente contra los arcos dentarios y despegamiento mecánico del otro.

La proyección de los labios adelante, la elevación del superior en su parte media y el ensanchamiento trasversal de la hendedura —ora al reír, o como acto intencional— se realizan exclusivamente a expensas de la mitad retraída.

La separación pasiva de los labios, con oposición de parte del sujeto, halla resistencia normal en la mitad retraída y nula en la opuesta.

La articulación de labiales es defectuosa por inercia de la mitad caída, y esta misma falta de cooperación acarrea —en el propio lado— escurrimento de líquidos al beber y, durante la masticación, rezago de partículas entre los maxilares y el carrillo (partículas cuya extracción se logra con los dedos) y dificultades para dar forma al bolo y acomodarlo debidamente.

Oblícua, inclinando hacia el lado retraído la parte superior de su diámetro longitudinal.

Los movimientos en que median los cutáneos cervicales, sólo dejan ver las digitaciones del que ocupa el propio lado.

Y las incitaciones de las eminencias ténares revelan heteromorfismo de los reflejos palmo-mentonianos. De tipo normal en la mitad sana, falta en la otra, o sufre exaltación caracterizada por cambios de forma, intensidad y extensión: de forma porque adquiere carácter tónico; de intensidad porque obedece a estímulos leves en la zona de elección, puede ser despertado por incitaciones fuertes de otros sitios (región hipotenar y aun toda la superficie del miembro superior) y entraña contracciones más visibles de lo habitual; y de extensión porque no sólo pone en juego al borde de la barba, sino a la totalidad de músculos elevadores de ella y del labio inferior.

En suma, los cambios que sufre el aspecto de la cara durante su exploración, autorizan a concluir que —en las parálisis flácidas— los movimientos exageran la asimetría del reposo. A veces, sin embargo, la risa espontánea corrige dicha asimetría, como si no hubiera parálisis; pero todos los movimientos voluntarios —y aun los automáticos que suelen agregarse a esfuerzos de los miembros— la agravan francamente, poniendo de relieve el déficit motor unilateral.

Y cuando los músculos paralizados son asiento de contractura secundaria:

Se observa —como hecho fundamental— antagonismo entre lo que la asimetría deja suponer y lo que revela el examen funcional: la mitad en descenso y —por lo mismo— presuntivamente paralizada, conserva su

motilidad, en tanto que la otra muestra signos inequívocos de ineptitud motriz.

De aquí resulta que los movimientos voluntarios invierten pasajera-mente el sentido de la asimetría, desviando los rasgos de la cara hacia el lado aparentemente afectado; y que el reflejo palmo-mentoniano es normal en la mitad flácida y nulo, o exaltado en la contraída.

III. La sensibilidad general:

Sólo está indicado explorarla en caso de parálisis precedida —o acompañada— de dolores persistentes y de erupción herpética.

Se encuentra entonces, en formas acentuadas y mediante las pruebas de costumbre, anestesia casi completa del pabellón; hipoestesia marcada, atrás y arriba de él (región tèmpero-occipital); e hipoestesia ligera en las zonas anteriores, temporal, frontal, de la mejilla y del carrillo.

*
* *

A la exploración de los músculos faciales conviene añadir las de la lengua y el velo del paladar.

LENGUA

Superficialmente, puede mostrar en los dos tercios anteriores de una de sus mitades, pequeñas ulceraciones dispuestas al principio en grupos y que rápidamente se funden en pérdidas de sustancia mayores. Semejante eventualidad corresponde a zona lingual y suele coincidir con los dolores, la hipoestesia y la erupción ya señalados. En conjunto, exhibe aspecto normal o es abiertamente asimétrica: en la primera circunstancia, el surco mediano ocupa el plano medio ántero-posterior y las dos mitades ofrecen forma normal y dimensiones iguales; en la segunda, una de las mitades aparece estrecha y saliente, la opuesta ancha y aplanada, y el surco medio encorvado hacia la mitad convexa en su parte central y hacia la aplanada en su extremidad anterior. El sentido de esta asimetría es idéntico al de la facial y condicionado por la índole flácida o hipertónica de la parálisis: en una flácida izquierda —por ejemplo— con participación de la lengua, se retraen las mtades derechas de ésta y de la cara, desviándose la punta del surco lingual a la izquierda; y en otra hipertónica de igual ubicación, cara y lengua se encogen a la izquierda, y la extremidad del surco se inclina a la derecha.

El examen funcional rinde resultados en relación con los de la inspección estática.

En el primero de los casos —lengua simétrica— dicho órgano conserva intactas sus aptitudes motrices y sensitivas: los movimientos laterales son posibles y de vigor normal, como se comprueba aplicando la palma de las manos sobre los carrillos y ordenando al sujeto que empuje con la lengua hacia uno y otro lado, a través de las mandíbulas convenientemente separadas; el de retropulsión total —así como el de torsión de la punta arriba y atrás— se efectúan igualmente sin estorbo; el de propulsión directa puede parecer oblicuo, pero corrigiendo pasivamente la posición de las comisuras se le vé realizarse sin desviación; y el reconocimiento de las sustancias sápidas habitualmente empleadas en la exploración del gusto, es rápido y preciso.

Para asegurar el buen éxito de esta última investigación, conviene que el paciente mantenga la lengua fuera de la boca todo el tiempo que dure cada prueba, indique a señas —y no de palabra— el momento en que perciba el sabor, y se enjuague la boca antes de proceder a un nuevo ensayo; y que el Médico — valiéndose de la extremidad plana de un palillo para dientes— tome polvo de azúcar, quinina o sal común, deposite la sustancia elegida cerca del borde y de la punta de la lengua, y la restriegue sobre la mucosa a fin de facilitar su disolución.

En el segundo —lengua asimétrica— se encuentran trastornos sensitivo-motrices de asiento y forma disímiles. En ocasión de parálisis hipotónicas, la impulsión lingual de los carrillos es nula o débil cuando se hace hacia el lado angosto y convexo, y vigorosa en dirección contraria; los movimientos de retropulsión desvían el cuerpo de la lengua en sentido de la mitad convexa; los que llevan la punta arriba y atrás son difíciles o imposibles; los de propulsión directa se realizan con inclinación de la punta hacia la mitad ancha y aplanada; y esta misma porción sufre —a veces— ageusia, mientras la otra conserva su sensibilidad gustativa. Y cuando se trata de parálisis hipertónicas, los desórdenes motrices —salvo el relativo a la torpeza para doblar la punta arriba y atrás— son inversos de los consignados, por cuanto se refiere a su sitio aparente y su dirección; y los gustativos —en caso de existir— ocupan la mitad estrecha y convexa de la lengua.

VELO DEL PALADAR

No es excepcional hallarlo en situación parecida a la de la lengua. Los arcos velo-palatinos —el anterior de preferencia— homolaterales respecto de la mitad convexa de la lengua y la retraída de la cara, ocupan nivel más

alto y pertenecen a círculos de diámetro menor que los del lado opuesto. Las motilidades voluntaria y refleja se mantienen intactas.

SIGNIFICACION DE LOS PRINCIPALES FENOMENOS

La desviación de los rasgos durante el reposo, obedece a desequilibrio del tono residual: perdido en un lado a consecuencia de parálisis flácida, el del opuesto actúa libremente desalojando las partes blandas en su dirección; y si la parálisis se complica de contractura, ésta predomina sobre el tono normal de la otra mitad y atrae los tejidos en el sentido de su acción. Así pues, la mitad retraída de la cara corresponde al lado sano en las parálisis flácidas, y al afectado en las hipertónicas.

Las anomalías estáticas óculo-palpebrales en parálisis flácidas, corresponden a motivos del mismo orden: agrandamiento vertical de la hendidura ligada a hipotonía del orbicular, predominio de su antagonista el elevador y ascenso del párpado superior; ectropión del inferior a consecuencia de flaccidez del orbicular, sin agregado de acción antagonista; lagrimeo permanente como resultado de falta de parpadeo, estrechamiento de los puntos lacrimales y desviación de los mismos hacia afuera, subordinados a la parálisis del orbicular y del músculo de Horner; y desnivel de los globos oculares en la mirada de frente por sursunducción leve del situado en la mitad enferma, en parte aparente y debida al descenso y la eversión del párpado inferior, y en parte real y consecutiva a prevalencia del tono en el recto superior, músculo que recibe inervación del mismo ramo que el elevador del párpado, constituye con éste un sistema antagonista del orbicular, y sufre —como el elevador— hipertonia relativa en las parálisis del orbicular.

Fuera de la epífora mecánica señalada arriba, se han observado alteraciones cuantitativas de la secreción lacrimal. Disminución atribuida a cambios orgánicos —o funcionales— del contingente parasimpático anexo al facial y destinado a las glándulas lacrimales: centro alojado en las cercanías del núcleo del VII; fibras pre-ganglionares que siguen la raíz y el tronco del propio nervio, atraviesan el ganglio geniculado, continúan en el petroso superficial mayor y el vidiano, y termina en el Meckel; y post-ganglionares que del Meckel pasan al maxilar superior y al ramo orbitario del mismo, se agregan al lacrimal del oftálmico y terminan en la glándula. E hipersecreción transitoria durante la ingestión de bebidas y la masticación —lágrimas de cocodrilo—, a la que se considera exageración de un reflejo normal en ciertos individuos, por hiperexcitabilidad patológica del aparato secretor. Ambos fenómenos poseen —por

lo tanto— significación anatómo-topográfica: indican lesiones del VII, en su tramo periférico y atrás del ganglio geniculado.

La acentuación de la asimetría en parálisis flácidas, al mover la cara, se comprende sin dificultad: la mitad sana pone en juego tono y contractilidad voluntaria, en tanto que la enferma carece de las dos actividades.

La inversión de la misma en igual circunstancia, pero tratándose de parálisis hipertónicas, es característica de éstas y resultado de las condiciones creadas por la contractura. Durante el reposo, hay hipertonia en el lado enfermo, tono normal en el sano y desviación consiguiente hacia el primero; y al ejecutar movimientos, las contracciones del lado sano superan a la hipertonia del otro e invierten el sentido de la desviación.

La corrección pasajera de la irregularidad facial que exhiben algunas parálisis —principalmente infraorbitarias y no francamente hipertónicas— cuando el enfermo ríe de modo espontáneo, atestiguan integridad de la inervación bilateral "emotiva" de la cara; el propio fenómeno en ocasión de esfuerzos de los miembros, obedece a contracciones involuntarias de la mitad enferma que reciben el nombre de sincinesias y pertenecen a la serie sintomática piramidal; y los dos señalan asiento córtico-nuclear a la lesión del VII.

La extensión de los trastornos condiciona dos categorías de parálisis: totales, tanto supra como infra-orbitarias, siempre periféricas (núcleo bulbar, raíz y tronco del VII); y parciales, principalmente infraorbitarias y por lo común córtico-nucleares (frontal ascendente, centro oval, haz geniculado y fibras cerebrales del VII, que se cruzan en la parte superior de la protuberancia y terminan en el núcleo bulbar). Hay en efecto, lesiones nucleares (poliencéfalitis inferior) y troncales (tumores y pseudotumores del ángulo ponto-cerebeloso, que interesen el tronco del facial) capaces de provocar parálisis infraorbitarias, como si fueran de ubicación córtico-nuclear.

Se piensa en consideración a estos hechos: que el centro bulbar comprende núcleos especiales para el facial superior y para el inferior, inmediatos pero distintos; que el tronco lleva las fibras infraorbitarias en su periferia y las supraorbitarias en su interior, protegiendo a las últimas y dejando a las primeras a merced de agentes agresivos diversos; y que el departamento córtico-nuclear cuenta con un solo centro cortical —Rolándico o sensitivo-motor—, dotado de acción bilateral sobre el territorio supraorbitario y de unilateral cruzada sobre el inferior, o de uno sensitivo-motor de actuación supra e infraorbitarias y otro sensorio-motor —en el lóbulo del pliegue curvo— destinado exclusivamente al facial superior. En la primera hipótesis, el sufrimiento de un tramo córtico-nu-

clear despoja de todo influjo motriz al territorio del facial inferior respectivo, dejando al superior en usufructo del que le suministra el hemisferio cerebral opuesto; y en la segunda, la propia causa conduce a idéntico resultado gracias a la integridad del contingente sensorio-motor supraorbitario.

La imposibilidad de cerrar la hendidura palpebral de la mitad enferma, lo mismo aisladamente que en forma conjugada, indica impotencia grave del orbicular y lesión periférica del VII, ya que estas son las únicas aptas para afectar "proporcionadamente" los dos territorios del facial. Y en cambio, la posibilidad de cerrarlos conjuntamente con los otros pero no de manera individual (signo de Revilliod) señala integridad relativa del facial superior y lesión del VII en su porción córtico-nuclear.

El signo de Bell exterioriza la disgregación de una sinergia óculo-palpebral fisiológica, por incumplimiento del papel a cargo de los párpados.

Normalmente, la oclusión de éstos se acompaña de sursunducción y entre ambos movimientos protegen la parte más noble de los globos oculares. En parálisis del III o de la mirada vertical (lesiones de los tubérculos cuadrigéminos anteriores) falta el componente ocular, de modo que la separación pasiva de los párpados permite ver al ojo en posición de frente; y en las del orbicular, la hendidura de los párpados permanece abierta mientras el ojo se eleva como de costumbre.

Así pues, por exigir impotencia acentuada del orbicular, el fenómeno de Bell es signo de parálisis total y periférica del VII.

Signo de Negro. Al estudiar el desnivel aparente de los ojos en la mirada horizontal directa, se hizo hincapié en las consecuencias que acarrea la inercia del orbicular: hipertonia relativa de su antagonista, el elevador; y extensión del trastorno al recto superior, dependiente del mismo ramo que inerva al elevador. Ahora bien, si el equilibrio ocular estático sufre influencia dudosa del último desorden, el cinético —durante los movimientos de sursunducción— hace claramente visible elevación desmedida del ojo correspondiente, por déficit de la acción frenadora encomendada al orbicular y liberación consiguiente del recto superior.

El signo de Negro tiene —por tanto— igual valor anatomo-topográfico que el de Bell.

Los síntomas linguales motrices en general, pueden eventualmente presentarse en ocasión de lesiones periféricas del VII y el XII (polioencefalitis inferior, por ejemplo); pero con mayor frecuencia acompañan parálisis córtico-nucleares del VII, son de origen córtico-nuclear como ellas, y se les añaden gracias a relaciones de contigüidad entre los centros su-

periores de ambos nervios en la corteza cerebral y entre las fibras córtico-bulbares de los mismos en el seno del haz geniculado. Por tal razón, la concurrencia de parálisis facial infraorbitaria y hemiglosoplejía homolateral, es síntoma habitual y carácter distintivo de las lesiones cerebrales del VII.

La asimetría estática de la lengua, así como sus anomalías cinéticas, tienen igual significación que los trastornos faciales respectivos, con la particularidad de que las segundas se manifiestan ora en un lado o bien en el opuesto. El cuerpo se mantiene inclinado hacia la mitad retraída de la cara (lado sano) tanto en reposo como durante los movimientos de retropulsión, de acuerdo con la persistencia del tono residual y de la contractilidad voluntaria en los músculos del lado angosto y convexo de la lengua: el geniogloso en particular, cuya acción de conjunto consiste en "apelotonar la lengua sobre sí misma, aplicándola sobre el suelo de la boca y contra la pared posterior del maxilar"; en el mismo lado de la cara se manifiesta la debilidad de la impulsión lingual del carrillo entre los maxilares, ya que dicho impulso compete al geniogloso inerte de la mitad ancha y aplanada; y por idéntico motivo la punta se desvía en dirección del lado flácido de la cara, ligeramente en el descanso y de manera ostensible en las antepulsiones: el geniogloso izquierdo lleva la punta a la derecha, el derecho a la izquierda, y en tales condiciones, paralizado el izquierdo por ejemplo, la propulsión se hace a la izquierda obedeciendo a la actuación del único geniogloso útil: el derecho.

En ocasiones, la desviación de la punta es de sentido contrario: hacia la mitad retraída de la cara. Semejante fenómeno puede acompañar parálisis flácidas o hipertónicas, no complicadas de glosoplejia pero en las cuales la comisura bucal más próxima de la línea media empuja la lengua hacia la mitad retraída; o parálisis hipertónicas con hemiglosoplejia en las que la lengua se desvía por cuenta propia en dirección de la mitad paralizada y en estado de contractura. En las dos primeras circunstancias, la colocación pasiva de las comisuras en posición simétrica suprime la desviación lingual aparente, y el examen de la lengua comprueba su integridad funcional; y en la tercera, la exploración de la lengua y de la cara descubre la coexistencia de parálisis hipertónica del VII y hemiglosoplejia homolateral.

El desnivel de los arcos velo-palatinos ha sido excluído de la serie sintomática perteneciente a las parálisis faciales puras, alegando que los nervios motores del velo son el masticador y el neumo-espinal. Sin embargo, la observación establece la realidad de dicha asimetría, en la forma señalada y fuera de toda falla de las motilidades voluntaria y refleja, y —por lo tanto— en circunstancias que denotan sufrimiento de filetes

del VII encargados de inervar músculos tensores del velo: los incluidos en el petroso superficial mayor, destinados al periestafilino interno y el palatoestafilino; y los anexos al petroso superficial pequeño, que terminan en el periestafilino externo.

Las irregularidades del reflejo palmo-mentoniano tienen representación anatómo-topográfica.

Su abolición en la mitad enferma corresponde —en general— a lesiones del arco diastáltico inferior, inclusive el tramo aferente integrado por el nervio mediano y la médula cervical; y tratándose de parálisis de la cara, a lesiones del departamento periférico del VII —núcleo, raíz y tronco— responsables habitualmente de parálisis completas y, a veces, de infra-orbitarias como quedó asentado.

La exaltación del mismo —igualmente en la mitad enferma y sea que esta sufra hipotonía o contractura secundaria— es patrimonio de parálisis córtico-nucleares, siempre infra-orbitarias; y en consecuencia, el estado que guarda en parálisis de tal distribución indica abiertamente su origen periférico o córtico-nuclear.

De lo expuesto, resaltan claramente las particularidades del reflejo en consideración. Falta normalmente con relativa frecuencia, y no siempre es de intensidad comparable en ambos lados; sino más visible a la izquierda; desaparece —como cualquier reflejo— en ocasión de lesiones que afecten su arco diastáltico inferior; se exalta —de igual manera que los tendíneo-periósticos y al contrario de los cutáneos superiores— con motivo de aquéllas que interesan su departamento córtico-nuclear; y por último, en esta misma circunstancia muestra cambios precisos a los del plantar con motivo de lesiones piramidales, sin invertirse como él: la zona reflexógena se ensancha, la intensidad eficaz de los estímulos descendiente y las respuestas adquieren forma tónica, abarcando músculos normalmente extraños a ellas.

La hipoacusia —lo mismo que los zumbidos de oídos y la sensación molesta provocada —en ocasiones, por los sonidos fuertes— se observan en lesiones periféricas del VII desde su núcleo bulbar hasta la emergencia del nervio del estribo, colateral que se desprende del tronco milímetros abajo del ganglio genticulado. Tienen pues, representación anatómo-topográfica en la forma transcrita.

Funcionalmente, expresan parálisis del estapedio y desórdenes consiguientes de la sensibilidad auditiva: liberación del músculo del martillo —antagonista del paralizado—, tirantez de las membranas timpánica y del orificio oval, e hipertensión laberíntica. El estado de las membranas restringe su capacidad vibratoria, entorpeciendo la audición (“el estapedio es el músculo que escucha”). La hipertensión laberíntica acarrea

zumbidos de oídos y percepción penosa de los estímulos que promueven vibraciones intensas de las membranas.

Por último, la concurrencia de parálisis del VII; trastornos subjetivos y objetivos de la sensibilidad general, en el pabellón de la oreja y en zonas cutáneas del cráneo y de la cara más o menos extensas; ageusia de los dos tercios anteriores de la lengua; herpes auricular, facial y de la lengua; síntomas generales de orden infeccioso; y —en veces— fenómenos cocleares y vestibulares, caracteriza fundamentalmente el sufrimiento simultáneo del facial y del Wrisberg en las ganglio-radculitis del VII par, y de modo accesorio la participación eventual de las dos ramas del acústico.

LABORATORIO MEDICO

DRES. R. GONZALEZ MARTINEZ, LAURO
ORTEGA M. Y FERNANDO PAREDES

ANALISIS CLINICOS - METABOLISMO BASAL

SAN JUAN DE LETRAL 11 EDIFICIO BANCO
GENERAL. DESP. 603 Y 604. 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.

NOVAR

SEZONBENZOL

BILLON



ES UN
MEDICAMENTO
DE ELECCIÓN EN EL
TRATAMIENTO
DE ASALTO
DE LA
SIFILIS

INYECCIONES
INTRAVENOSAS

Úsese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica -

Reg. No. 9407-D.S.P.

- Prop. No. 7305

Société Parisienne d'Expansion Chimique

SPECIA

Marques POULENC FRÈRES et USINES DU RHONE
21, Rue Jean-Goujon PARIS-8^e

Ordville



BI-YO-GLICOL

INFANTIL
REG. N.º 15385. D. S. P.

ADULTOS
REG. N.º 14926 D. S. P. -

INDOLORO.

SIFILIS
EN TODOS SUS PERIODOS
BISMUTO en FORMA
ANIONICA
ELECTRONEGATIVA

Salinaf

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

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.

Meningo-Encefalitis Tóxica por gas carburo

(A propósito de un dictamen
pericial sobre enfermedad
profesional)

Por los Dres. SAMUEL
RAMIREZ MORENO y
CARLOS PAVON A.

El señor I. S. A., de 30 años, soltero, nacido en la Ciudad de México, soldador de la ex-compañía "La Huasteca Petroleum Co.", en el Campamento de Mata Redonda, Ver., lugar de su residencia, ingresó a la Clínica el 22 de junio de 1938.

Antecedentes Heredo-familiares. — No se encuentran en sus ascendientes o colaterales, datos que puedan tener interés: la investigación acostumbrada de sífilis, tuberculosis y alcoholismo, arrojó informes negativos.

Antecedentes Personales.—Ha sido sano hasta la edad de 16 años; la historia de su infancia y pubertad no proporciona datos de interés especial; a los 17 años sufrió paludismo terciano que duró un año en desaparecer; en esa época fué infectado de blenorragia que curó aparentemente después de cinco meses; se niega el contagio sifilítico.

Existen en el enfermo hábitos de tabaquismo crónico, cafeinismo y alcoholismo moderados, desde su juventud y que ha desechado hace pocos meses, cuando se inició el padecimiento que lo aqueja.

Los informes respecto al trabajo que desempeña y que parecen de gran trascendencia, fueron proporcionados por diversas fuentes, pero en ningún caso provienen de elementos técnicos, seguramente los más capa-

citados para dar a este respecto, datos precisos; a continuación relatamos dichos informes: desde la edad de 15 años trabaja como obrero en la llamada "soldadura autógena" y hace seis que desempeña esta misma labor en el campamento de Mata Redonda; la soldadura mencionada se verifica unas veces utilizando gas carburo y otras equipo eléctrico; en ambas emplea como material para soldar una mezcla especial denominada "flik-weld" que contiene cromo, fósforo y bronce; el trabajo mismo se efectúa habitualmente, dentro de cuartos especiales llamados "torres", de escasa ventilación y en donde se respiran continuamente los gases desprendidos de la soldadura; otras veces se verifica ésta, durante algunas horas, en la nombrada "planta de ácidos" lugar en que se refinan algunos derivados del petróleo.

En el caso es interesante hacer notar que el paciente nunca ha sufrido traumatismo y que con excepción del paludismo señalado, no ha padecido enfermedades infecciosas.

Padecimiento actual.—Principio y evolución. En el mes de febrero del año pasado, comenzó a tener dolores de cabeza que solían presentarse en la región frontal; eran de tipo lancinante, muy irregulares en su horario, ritmo y duración; generalmente se quejaba de ellos, una o dos veces al día, duraban 5 ó 10 minutos y desaparecían completamente.

En junio del mismo año, bruscamente adquirió dicha molestia la forma de cefalalgia intensa, de predominio fronto-occipital, acompañada de vómitos; desde esa fecha la forma de cefalea cotidiana, con horario habitual en la madrugada, pero a veces se ofrecía durante el día; siempre lancinante, en forma de crisis y cuando era muy intensa, se acompañaba de torpeza mental, estado vertiginoso y en algunas ocasiones, de náuseas.

Fuera de los períodos dolorosos, se comprobó que el enfermo presentaba pereza, desorientación cronopsíquica y amnesia de fijación, síntomas que sin ser muy marcados lo imposibilitaron para trabajar; internado en el "Hospital Terminal" de La Huasteca, los médicos asistentes pensaron primeramente que se trataba de un tumor cerebral, diagnóstico que fué rectificado frente a las reacciones del líquido cefalorraquídeo que resultaron positivas, aceptándose definitivamente el de *neuro-sífilis*.

Como el tratamiento que se le instituyó al paciente con este criterio, no dió resultado favorable, fué traído a México en julio para su estudio; el informe médico rendido en ese tiempo, indica que, además de la cefalea y otros síntomas señalados, el enfermo presentaba "trastornos del equilibrio, tambaleándose durante la marcha y que en dos ocasiones el dolor cefálico fué tan intenso, que determinó pérdida del conocimiento"; se verificaron entonces, nuevos análisis del líquido cefalorraquídeo

que proporcionaron datos de "hipercitosis, albuminorraquia y negatividad de las reacciones humorales de la sífilis". Después de un tratamiento de dos meses, orientado especialmente en la desintoxicación del paciente, éste tuvo una remisión completa del mal y pudo reanudar su trabajo sin quejarse de molestias durante algún tiempo.

Sin embargo, puesto el asunto en el terreno de la discusión, para señalar responsabilidades, los médicos de la entonces Compañía "La Huasteca", hicieron por tercera vez, análisis del líquido, cuyos resultados fueron nuevamente positivos como el primero realizado por los mismos.

Inconformes con dicho resultado, los familiares trajeron al enfermo a México y los médicos que lo habían atendido aquí, repitieron el estudio realizando otra vez, el examen del líquido y encontraron reacciones y datos de intensa reacción meníngea *no-sifilítica*.

Desde octubre del año pasado, hasta mayo del presente, pudo trabajar en su mismo oficio sin quejarse de molestias, pero inesperadamente, un día se instalaron cefalalgia y raquialgia intensas, perdió el conocimiento durante una hora, presentó convulsiones clónicas, sudores fríos y al salir de ese estado comatoso, de nuevo se presentó el dolor de cabeza con las mismas características que tuvo al principio: por crisis, intermitente, lancinante y acompañado de náuseas, astenia y torpeza mental.

Igualmente se hicieron manifiestos algunos síntomas mentales: bradipsiquia, marcada amnesia de fijación y lagunar, desorientaciones cronopsíquica y topopsíquica.

Desde que salió del ictus que tuvo el mes de mayo, se observa que el paciente presenta exagerado temblor en los labios, dedos de las manos y en ambos miembros inferiores al verificar la marcha; además, existe ligera monoparesia del miembro inferior izquierdo.

EXPLORACION FISICO-FUNCIONAL

Inspección General.—Persona del sexo masculino, de raza mestiza tipo leptosómico; proporcionada, íntegra; presenta tinte pálido en los tegumentos y parece adelgazada.

Examen Mental.—Encontramos ligera bradipsiquia, torpeza discreta en la comprensión, amnesia lagunar y dismnesias de evocación, relacionadas únicamente con la evolución de su enfermedad.

Exploración Neurológica.—*Motilidad.* — Existe ligera paresia facial izquierda que se descubre a los movimientos es de tipo central; los movimientos de los párpados, de los ojos y de la lengua, se efectúan normalmente. En los miembros superiores no encontramos modificaciones

ostensibles en la verificación de los movimientos; la fuerza muscular de estos segmentos está conservada: existe hipertonia discreta y falso signo de la rueda dentada. En los miembros inferiores la movilidad y fuerza muscular, están conservadas normalmente del lado derecho; en el izquierdo, se nota dificultad al efectuar los movimientos de elevación y abducción del miembro; el signo de Barré es positivo de ese lado.

Hay temblor marcado de la lengua; en los labios existe igualmente temblor que se extiende hasta las regiones malares; en ambas manos se confirma también la existencia de temblor fino y rápido que no se modifica con la ejecución de movimientos. Cuando el enfermo permanece de pie algún tiempo, aparece temblor generalizado en ambos miembros inferiores; del mismo modo se comprueba aquél, cuando en el lado izquierdo se hacen verificar movimientos de elevación del miembro.

Reflectividad. — Reflejos osteotendinosos y musculares: maseterino y Macard, exagerados; tricipital, hicipital y aquileos, exaltados en ambos lados; los reflejos pectoral, deltoideo, escapular y clavicular se encuentran exagerados y difundidos; el reflejo costal inferior está muy difundido, prolongándose la respuesta hasta los músculos del hombro; medio-púbico, exagerado y difundido; patelar, exaltado y policinético; tibial de Rosenberg y aquileo, muy exaltados. En resumen, todos los reflejos de esta serie se encuentran exaltados en grado variable y sin predominio segmentario.

Reflejos cutáneos.—Radovici, bilateral, simétrico y poco ostensible; abdominales, exagerados en ambos lados; el cutáneo plantar da respuesta normal en los dedos del pie y está difundido. El reflejo de defensa aumentado; cremasteriano y glúteos, exagerados.

Sensibilidad.—Está conservada en todos sus aspectos.

Troficidad.—No encontramos alteraciones tróficas.

Pares craneanos.—Funcionan correctamente; las pupilas son isocóricas, centrales, regulares; hay marcada paresia en los reflejos foto-motor y consensual en ambos lados; acomodación, correcta; ya se mencionó lo referente a la paresia facial.

Serie cerebelosa.—No hay ningún dato de sufrimiento en este sentido; existe Romberg discreto.

Marcha y estación de pie.—Ya se indicó que después de algún rato de permanecer de pie se presentan temblores en ambos miembros; al caminar, se nota ligera impotencia funcional en el miembro inferior izquierdo, esbozándose la marcha hemipléjica.

Lenguaje y escritura.—Disartria provocada con palabras "test"; la escritura es temblorosa, irregular y muy difícil de ejecutar.

Sueño.—La observación del enfermo en el sanatorio muestra que la curva del sueño sigue un ritmo normal.

Esfínteres. — Su funcionamiento es correcto. Recientemente se ha presentado enuresis nocturna.

APARATOS.—No se descubren datos patológicos en los aparatos renal y pulmonar.

Digestivo: anorexia; estado saburral de las vías digestivas; constipación cuantitativa; el colon derecho es doloroso a la presión; el área hepática se encuentra ligeramente crecida.

Cardio-vascular.—Acentuación del segundo tono en el foco aórtico; ritmo cardíaco, normal; pulso: débil, rítmico, poco amplio, frecuencia de 90 pulsaciones por minuto. Tensión arterial (baumanómetro): Mx: 110, Mn: 65.

DATOS COMPLEMENTARIOS.—SINTOMAS GENERALES.
—Pterigión interno bilateral; cloasma nasal; no existen cicatrices de chancre ni adenitis inguinal. El enfermo no ha presentado fiebre y su estado físico se ha mejorado poco en los últimos días.

EXAMENES DE LABORATORIO.—Examen del líquido verificado en la Ciudad de Tampico por el Dr. J. Antonio Herrera, con fecha 28 de junio de 1937: "Aspecto, transparente; incoloro; densidad: 1004; la prueba de la espuma duró 8 minutos; abundantes flóculos por tubo sucio; no se encontraron glóbulos blancos; reacciones de Kahn y Weibrodchdt, después de centrifugación, positivas."

Examen del líquido céfalo-raquídeo verificado en México por el Dr. Alberto Lezama con fecha 28 de julio de 1937: "Tensión inicial, 12 cmts., acostado, con el manómetro de Claude; líquido claro, agua de roca; leucocitos: 11 por m³; albúmina, 0.70 centgrms. por 1000 c. c. de líquido. Reacciones de Pandy, Weibrodchdt y Nonne-Apelt, medianamente positivas; R. Marchionini: 1 c. c.: 3. Reacción del oro coloidal: 000 012 3210; reacción del mastic bicolorido: 454 210 0000. Reacción de Bordet-Wasserman desde 0.1 hasta 1 c. c.: negativa, con antígeno Bordet-Ruelens; Tec. Kolmer; Reacción de Muller (B. R. 11) con 0.6 y 1 c. c. negativa. Los datos recogidos no indican reacción meníngea de origen luético; existe ligera hipercitosis e hiperalbuminorraquia".

Examen del líquido verificado en Tampico por el mismo Dr. J. Antonio Herrera, con fecha 13 de octubre de 1937: "Globulinas, método Pandy, aumentadas; reacciones de Kahn y Weibrodchdt, positivas".

Examen del líquido verificado en la Ciudad de México por el Dr. Alberto Lezama con fecha 5 de noviembre de 1937: "Tensión inicial: 95 mm., sentado, con el manómetro de Fleischer; líquido claro; número de leucocitos: 393 por m³; después de la centrifugación: linfocitos 94%,

células endoteliales: 4%; albúmina: 1 gramo 30 por 1000 c. c. de líquido; glucosa: 11 miligrms. por 1000 c. c. de líquido (téc. Folin-Wu). Reacción de Pandy intensamente positiva; reacciones de Weibrochdt y Nonna-Apelt, medianamente positivas. R. Marchionini, 1 c. c.: 6; reacción del oro coloidal: 012 245 5521; reacción del mastic bicolorido: 567 765 3210; reacción de Bordet-Wassermann desde 0.1 hasta 1 c. c.: negativas, antígeno Bordet Ruelens, Téc. Kolmer. Reacción de Muller: negativa. Los datos recogidos indican intensa reacción meníngea cuyo origen luético no es posible afirmar”.

Examen del líquido verificado por el Dr. Alberto Lezama en la Ciudad de México, con fecha 11 de julio de 1938: “Tensión: 20 ctms. con el manómetro de Claude; leucocitos: 8 por m³.; albúmina: 1 gr. 30 por 1000 c. c. de líquido; glucosa: 0.20 cntgrs. por 1000 c. c. de líquido (téc. Folin-Wu); cloruros: 9 grms. 11 por 1000 c. c. de líquido. Reacción de Pandy, intensamente positiva; reacciones de Weibrochtd y Nonne-Apelt, ligeramente positivas; R. Marchionini: 1 c. c.: 6; Reacciones de Bordet-Wassermann y Muller, negativas; después de la concentración no se encontraron formas ácido-desistentes del bacilo de Koch”.

El examen radiológico del tórax no proporcionó datos de anormalidad.

El estudio en el suero sanguíneo de las reacciones de Bordet-Wassermann y Hecht, acusa negatividad.

El examen hematológico da pocos informes de interés: escasa disminución de la hemoglobina y eritrocitos; desviación levógira de la imagen de Arneht.

DIAGNOSTICOS

1o.—Se trata de un padecimiento localizado al sistema nervioso central, predominantemente a las meninges cerebrales y corteza encefálica.

2o.—*Es una meningo-encefalitis crónica*, que ha ocasionado secundariamente lesiones de arteritis en los vasos cerebrales. Apoyamos nuestro aserto: en los síntomas subjetivos que abrieron la enfermedad: cefalea, vómitos, torpeza mental y además en toda la sintomatología neurológica que indica evidentemente un estado de eretismo cerebral: hipertonía, exageración generalizada de los reflejos, temblores diseminados y por otra parte, los numerosos exámenes del líquido céfalo-raquídeo verificados al enfermo, todos coinciden en la existencia de reacción meníngea (aumento de albúmina, de leucocitos, etc.), testigo indudable de la meningitis. Por lo demás, los fenómenos vasculares están francamente indicados por el ictus manifiesto que presentó el paciente y por las lesiones en fo-

co: monoparesia del miembro inferior izquierdo y paresia facial central del mismo lado.

3o.—El hecho más interesante no es precisamente sobre el diagnóstico anatómico o patológico, sino determinar la causa de la enfermedad, misma que ha motivado tantas discusiones en el caso presente. Analizando detenidamente el cuadro podemos concluir que se trata de una meningo-encefalitis tóxica, ocasionada por inhalaciones persistentes del gas carburo de modo especial y de otros asociados a éste; los puntos en que nos apoyamos son los siguientes:

a).—Aunque no existen en la literatura médica nacional ni extranjera, estadística referente a tal asunto, los informes aislados que se tienen, indican que la intoxicación crónica por el carburo y el fósforo, son capaces de originar cuadros neurológicos cerebrales; a mayor abundamiento el estudio químico del gas carburo demuestra que su descomposición última es en óxido de carbono y *un radical etano, semejante al alcohol*; si el primero es universalmente conocido como tóxico, cabe suponer, por el grupo químico a que pertenece el radical carburado, que éste pueda originar síntomas tóxicos análogos a los del alcohol.

b).—Haciendo un resumen de los diversos estudios verificados en el líquido cefalo-raquídeo del enfermo, llegamos a las siguientes conclusiones: I.—Existe reacción meníngea intensa, con aumento marcadísimo de la glucosa, albúmina y cloruros, tipo que corresponde con bastante exactitud al que se encuentra en las intoxicaciones agudas que determinan ataque de las meninges. II.—No se comprueba ningún dato que corresponda a un proceso infeccioso: ausencia definitiva de las reacciones características de la sífilis nerviosa, y si se planteara el problema de la semejanza de las reacciones obtenidas con las habituales de la tuberculosis meníngea, bastaría para desecharla que no existe el bacilo de Koch en el sedimento centrifugado del líquido y aparte, naturalmente, de que el cuadro clínico de la enfermedad aleja toda posibilidad de aquélla.

c).—Por último, las dos veces que el enfermo se ha mantenido lejos de su trabajo y que se ha sometido a un tratamiento desintoxicante, la mejoría y desaparición de los síntomas no se han hecho esperar, con las circunstancias que en ninguna de estas dos épocas se ha empleado otra terapéutica que pudiera tomarse como adyuvante en la remisión.

PRONOSTICO.—Referente a la enfermedad es serio, en vista de que no se trata ya de lesiones congestivas simplemente, sino que existen procesos esclerosos y alteraciones vasculares que dan al cuadro cierta gravedad; sin embargo, y lo hemos visto, sometiendo al paciente a un régimen higiénico lejos de su antiguo trabajo, es posible mantenerlo en cierta mejoría.

El futuro de la vida del enfermo, aunque no está inmediatamente amenazada, sí debe temerse por ella, frente a los dos ictus que ha presentado y que han sido bastante intensos.

TRATAMIENTO.— Se han empleado principalmente desintoxicantes: hiposulfito de sodio; neuro-vacunas; yodurados, urotropina, salicilato de sodio y alcalinos; se ha sometido a un régimen alimenticio hipotóxico, supresión de carnes, café, alcoholes y tabaco; posteriormente es indispensable que se mantenga una vida higiénica y especialmente que se ausente en forma definitiva, de su antigua ocupación.

CONCLUSIONES

A).—Se trata de una *meningo-encefalitis crónica de origen tóxico causada por inhalaciones constantes de gas carburo y derivados, secundariamente del fósforo.*

B).—En vista de las condiciones de aparición de la enfermedad, de su evolución y sintomatología y ocupación del enfermo, el padecimiento queda incluido entre los que la Ley Federal del Trabajo califica como *profesionales.*

C).—El padecimiento determina *incapacidad permanente y definitiva, para desempeñar su trabajo antiguo,* porque es el que ha provocado la enfermedad, pero es posible que verifique otras labores.

MERCUROCROMO - OXIFLUORESCEINA SODICA SALUBLE

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN

AV. CHAPULTEPEC, 297

MEXICO, D. F.

UNICOS DISTRIBUIDORES DEL PODEROSO ANTISEPTICO

MERCUROCROMO - OXIFLUORESCEINA SODICA

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

FRASCO DE DIEZ GRAMOS \$ 1.60

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN

AV. CHAPULTEPEC 297.

MEXICO, D. F.

Muy señores míos:

Me 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

¿Debe declararse el Paludismo Enfermedad Profesional?

Por el Dr. JOSE TORRES TORIJA

Tan interesante cuestión, fué uno de los temas de la primera Convención Regional para la Campaña Nacional Contra el Paludismo. Y en verdad que se justifica plenamente. La malaria, la terrible "peste verde" como la denomina un higienista peruano, hace estragos tan considerables en nuestro medio, constituye un problema social de tal magnitud, que justifica un amplio estudio de los múltiples aspectos que abarca y entre ellos el trascendental de las relaciones que puede tener con el trabajo, originando un verdadero riesgo profesional, con las secuelas obligadas tanto desde el punto de vista de la indemnización del daño causado como desde el elevado de profilaxis e higiene de ciertos núcleos, muy numerosos por cierto, de trabajadores.

Difícil sigue siendo, en verdad, trazar los límites que marquen el dominio de lo que por enfermedad profesional debe entenderse, y tal dificultad se acrecienta al tratar de inquirir si el paludismo debe considerarse como tal.

Semejante obstáculo que considerado desde un punto de vista exclusivamente doctrinal pudiera parecer casi infranqueable, puede empero encontrar solución práctica, si dejando el terreno puramente especulativo, entramos en la concreta realidad de los hechos observados.

"Definir la enfermedad profesional" es tal vez la tarea más difícil en medicina del trabajo. Basta para darse cuenta de esto, dar un vistazo sobre el gran número de definiciones que de ella se han dado.

Weyl considera como profesionales, no sólo las enfermedades generales provocadas por la actividad individual del obrero, sino toda manifestación morbosa frecuente y que ataca a determinada clase de trabajadores.

Para Van den Borgh, las enfermedades profesionales son la cons-

cuencia de una larga acción de influencias nocivas en una profesión y que se producen exclusivamente o con una frecuencia particular en el personal de determinada industria.

Para Glibert, hay que considerar como enfermedades profesionales "aquellas que se presentan en una profesión con un carácter de frecuencia desusado, así como las debidas ostensiblemente al riesgo profesional".

Según otro grupo de expertos, la enfermedad profesional es la que está en relación con el ejercicio de ciertas profesiones, en las que encuentra su origen, y a este título, es considerada como otro riesgo profesional (Joanny.)

Paulet ha introducido en la definición un elemento importante: la consecuencia lejana de la fatiga y la insalubridad del oficio.

La Comisión para el estudio de las Enfermedades Profesionales creada en 1902, en Italia, defínelas así: "aquellas que son causadas directa y exclusivamente por el ejercicio de una profesión o la consecuencia necesaria de una industria determinada."

El legislador suizo llama profesional a toda enfermedad exclusiva o esencialmente debida a la acción de sustancias ennumeradas en la lista hecha ex-profeso.

La ley belga que se inspira también en consideraciones etiológicas, ha formulado una lista de tres agentes nocivos (plomo, mercurio y germen carbonoso) y considera como riesgos profesionales todas las perturbaciones patológicas que resulten de la acción que estos agentes nocivos pueden ejercer sobre el organismo de los obreros que por su profesión tienen que manejar material que contiene los productos tóxicos o infecciosos señalados.

La Oficina Internacional del Trabajo en su sección de Higiene Industrial y siguiendo los propios lineamientos, se ha consagrado a realizar estudios científicos, concernientes a la clasificación de sustancias reputadas peligrosas para la salud de los trabajadores. Desgraciadamente tales estudios no siempre pueden traducirse en resultados prácticos en cuanto a la elaboración de los proyectos de reparación.

"El organismo humano, dice Stasen, guarda celosamente sus reacciones íntimas".

Los anteriores conceptos dan idea de la dificultad mencionada a propósito del alcance que debe darse a la enfermedad profesional.

Nuestra legislación del trabajo, con un espíritu más preciso y de connotación más clara, considera enfermedades profesionales "aquellos estados patológicos consecutivos a un factor que obre repetidas veces como consecuencia obligada del trabajo desempeñado o del medio en que éste se efectúa, pudiendo ser tal factor físico, químico o biológico.

Si analizamos cualquiera de las definiciones y conceptos anteriores encontramos que dentro de una esfera de acción más o menos amplia, se requiere la existencia de un elemento causal, que obre repetidas veces y que se presente con frecuencia, en relación siempre con determinadas actividades.

"Se trata, pues, de la acción múltiple y repetida de fuerzas exteriores, que consideradas aisladamente en tiempo y espacio no sobrepasan en modo alguno la resistencia del organismo humano". (Stassen-Maladies profesionales).

Específicamente y según la expresión del autor italiano Bori, se trata de "microtraumatismos cuya acción aislada es insignificante: Son fenómenos que alteran transitoriamente el ritmo normal de las funciones orgánicas sin atacar su integridad física."

Son más bien de orden "fisiológico": No pueden ejercer una acción nociva, sino cuando su frecuencia, su repetición a intervalos frecuentes, no han permitido al organismo, contrarrestar sus efectos y recuperar así el equilibrio biológico (opus citada.)

¿Puede el paludismo, llenar en sus aspectos etiopatogénicos las características que hemos apuntado y que son las peculiares de las enfermedades profesionales?

Pensamos que no. Si es verdad que algunas condiciones de trabajo permiten adquirirlo con mayor facilidad, no lo es menos, que afecta indistintamente por la peculiaridad de sus agentes de propagación a sectores enteros de una población de una comarca, cualquiera que sea el género de trabajo o actividad desarrollada por sus habitantes.

Por otra parte, no es como requiere el concepto de enfermedad profesional, la resultante de esa serie de microtraumatismos repetidos, de ataques al ritmo fisiológico normal, que acaban por impedir al organismo la recuperación de su equilibrio biológico; es más bien, el resultado de una acción verificada en un lapso relativamente corto y que aparece dentro de un ciclo medido habitualmente por el ciclo biológico de incubación del germen, y de la exteriorización de las primeras manifestaciones de su ataque al organismo.

Aproxímase entonces, sobretodo en el ejercicio de labores rurales, al accidente de trabajo. "Este es un acaecimiento repentino anormal, que sobreviene por el hecho del trabajo y durante el tiempo de su ejecución."

El accidente del trabajo es un fenómeno patológico que puede ser situado con exactitud en el tiempo y en el espacio. Se le podría considerar como un traumatismo físico, tal vez anatómico, ya que en su esencia ejerce desde luego una acción sobre la integridad anatómica del organismo.

Tal concepto clásico está ampliado en nuestra legislación del trabajo, que admite no solamente la lesión anatómica, sino que también el trastorno funcional o psíquico, sólo que aun dentro de la amplia latitud de nuestra legislación del trabajo, para que exista en el sentido legal de la palabra, es preciso que el organismo humano haya estado sometido a la acción brusca repentina de una fuerza exterior que sobrepase los límites de la resistencia habitual del obrero y a las condiciones de vida impuestas por el ejercicio normal de su trabajo.

Si a semejanza de lo dicho a propósito de enfermedad profesional aplicamos al paludismo los conceptos referentes al accidente de trabajo, encontramos tal vez mayor similitud con este último que con aquélla. Es en efecto la acción de un agente exterior, piquete del anofeles infectado, quien en un momento, que por lo menos teóricamente puede fijarse en tiempo y espacio, produce una lesión anatómica mínima, e introduce en el organismo el germen que venciendo las resistencias habituales, hace aparecer el estado patológico.

Pero a esta analogía un poco forzada puede objetarse, que el accidente, está en relación siempre con un trabajo determinado y dentro de la ejecución de él y tiene como resultante, un ataque principalmente anatómico y de gran objetividad.

Por otra parte el paludismo afecta no solamente a una clase de trabajadores sino a colectividades enteras siempre y cuando éstas se encuentren en las zonas afectadas por la endemia palustre.

Hay además la circunstancia de que a diferencia de lo que acaece en el accidente, la manifestación no es inmediata, sino que requiere un período de incubación más o menos largo, en tanto que en aquél la lesión anatómica o la alteración funcional manifiéstanse bruscamente.

Así pues, si por algunos aspectos el paludismo puede asemejarse al accidente, discrepa de él en otros.

En los últimos años algunos autores que se ocupan de estos apasionantes asuntos, nos hablan de un tercer capítulo que denominan: enfermedades del trabajo en general, y que son aquellas en que éste, sin ejercer una influencia tan directa y continuada como en la enfermedad profesional, ni tan rápida y objetiva como en el accidente de trabajo, produce, no obstante, un estado patológico en el que interviene, el factor trabajo o el medio en que éste se efectúa como predisponente del riesgo realizado.

Tales enfermedades han sido consideradas bajo dos aspectos: o bien el trabajo, cualquiera que éste sea, por producir un desgaste orgánico acentúa determinadas taras o simplemente las exterioriza, o bien se trata de padecimientos de tipo endémico, que afectando en mayor o menor escala

a los habitantes de una región, puede encontrar en ciertos trabajos una condición más propicia para producirse. Tal vez en este grupo pudiera quedar comprendido el paludismo.

Como se vé, desde un punto de vista puramente teórico o de especulación, puede ser discutible el que la malaria quede en uno o en otro grupo, por más que según mi particular sentir, en el que menos encaja es en el de enfermedad Profesional.

Pero desde un punto de vista práctico y en consonancia con la realidad de los hechos observados, el paludismo constituye en muchas circunstancias un riesgo profesional realizado.

Desde luego hay que anotar el hecho de que no es fácil establecer un límite de demarcación neto entre enfermedad profesional, accidente del trabajo o enfermedad del mismo. Esa dificultad ha sugerido incluso la conveniencia de acabar con las denominaciones diferenciales apuntadas y considerar un solo capítulo denominado "riesgo profesional". En el Primer Congreso de Higiene y Medicina del Trabajo, el Dr. Federico Ortiz, sustentaba esta tesis, que también defendió en su memoria de ingreso a la Academia Nacional de Medicina de México, el Dr. Alfonso Millán. La aceptación de éste criterio, solucionaría en la práctica muchas dificultades ya que eliminando zonas intermedias trataría de fijar un hecho: el riesgo profesional realizado, y requeriría sólo una condición: que tal riesgo tuviera evidente relación de causa a efecto con el trabajo desempeñado.

¿El paludismo es un riesgo profesional?

¿Tal riesgo se realiza como consecuencia de algunas actividades?

¿Debe ser entonces indemnizable como tal?

Sin que pretendamos dar una solución definitiva y tratando el asunto en el terreno de observación y aplicación práctica, podemos contestar afirmativamente las tres cuestiones anteriores.

Sólo que pensamos en que hay que hacer algunas consideraciones respecto de la amplitud de tal afirmación.

Esas consideraciones se refieren a tres grandes grupos de trabajadores: 1o. Aquéllos que habiendo nacido y vivido en zonas no palustres, vienen a trabajar a lugares en que la enfermedad es endémica.

2o.—Los que siendo nativos de lugares palustres, no han sido atacados por la enfermedad y después de haber trabajado en labores propicias adquieren el paludismo.

3o.—Los que nativos o no de un lugar palustre, han sido palúdicos y presentan después de determinadas labores, nuevos ataques de paludismo.

En lo que al primer grupo de trabajadores se refiere, yo creo que

no es posible negar que el paludismo sea un riesgo profesional que se contrae con motivo de actividades ejercidas en medio palustre y que deba por tanto ser indemnizable, de acuerdo con el daño causado.

Las razones en que se apoya este concepto son obvias. Si un trabajador, oriundo de un lugar no palustre, de la mesa central, supongamos, se ve obligado por razón de su empleo o trabajo a bajar a la costa o a sitio palustre, y con mayor razón si verifica sus labores en condiciones de lugar y hora propicias, y en tales condiciones contrae la enfermedad, creo que ésta debe considerarse como un riesgo profesional realizado, pues de no haber mediado la obligada estancia por el trabajo en la zona palustre, la enfermedad no se hubiera producido.

Hay que indemnizarla de acuerdo con el porcentaje de incapacidad producida aparte del alejamiento del trabajador de la zona morbígena.

Para los trabajadores comprendidos en el segundo grupo la aceptación del riesgo debe ser más limitada. Estimo que solamente en el caso de que la labor se haya realizado en pleno campo, en sitios comprobados como criaderos de larvas anofélicas y siempre que estos factores se corroboren, puede considerarse el paludismo como un riesgo profesional y ameritar la compensación correspondiente.

En cuanto a los trabajadores comprendidos en el tercer grupo, es decir aquéllos que nativos o no de lugares maláricos han tenido ya paludismo, aunque en algunos casos la reinfección palustre pudiera considerarse como riesgo profesional realizado, habría dificultades serias para comprobar en el terreno de la práctica la acción del trabajo sobre la reinfección del palustre y creo que en tales condiciones no debe considerarse como riesgo profesional, y no cabe la indemnización, aunque sí la atención médica y el cambio de labores.

Tales son las ideas que sobre este asunto, lleno de sugerencias, tengo. Escritas desde mediados de marzo de este año las líneas que anteceden he recibido y leído dos trabajos sobre el propio asunto. El primero, titulado, "Paludismo y Trabajo" del que es autor el doctor Pedro Magaña Eroza, de Mérida, Yucatán, publicado en el No. 34 de "Acción Médica" y ponencia presentada a la Convención Regional del Paludismo celebrada en Oaxaca, en marzo último (21 al 27.) El autor interpretando en forma diversa de la mía la definición de enfermedad profesional del Art. 286 de nuestra Ley Federal del Trabajo, formula en su Sexta conclusión que el Paludismo es enfermedad profesional.

El segundo de los trabajos citados es la Tesis que para su examen profesional presentó el Dr. Enrique Salazar Rejón, como resultado de sus observaciones en la división que en Campeche abarca la línea en construcción del F. C. del Sureste. Después de consideraciones generales, legales,

y médicas concretas a la zona en que trabajó, y a las condiciones de los obreros de esa región, forma a semejanza de lo que hemos hecho nosotros, cuatro grupos de trabajadores; 1o. foráneos y sin antecedentes palúdicos, 2o. oriundos de la región a, en buen estado de salud general y sin paludismo anterior; 3o. b. con antecedentes palúdicos y buen estado de salud anterior, pero sin paludismo demostrable por la clínica o el laboratorio y 4o. Palúdicos agudos o crónicos demostrado por clínica y laboratorio.

Estima que en los del primer grupo el paludismo debe considerarse como un accidente de trabajo. En los del segundo y tercero como enfermedad profesional.

Y piensa que los del cuarto no deben ser admitidos para trabajar por no convenir a su salud los centros palustres de trabajo.

Como se ve las diferencias de apreciación entre los citados colegas y yo son más bien de forma que de fondo, de extensión que de concepto.

Pero es indudable que genéricamente estamos de acuerdo en que el paludismo debe considerarse como un riesgo profesional, prevenirse como tal e indemnizarse en determinadas condiciones.

Claro está que tal concepto entraña la aceptación de un nuevo riesgo previsible e indemnizable, acrecienta el campo protector de la Ley del trabajo y plantea tal vez un grave problema económico, tanto acaso como lo es el de la Campaña antipalúdica.

Ello no debe arredrarnos; como todos los problemas de la Medicina Social, es árduo y complejo, y debemos interesarnos en su estudio y resolución. Por otra parte, el campo de acción de la Higiene y Medicina del Trabajo, ramas de la medicina social, presenta y presentará nuevos senderos de exploración, por lo que la lista de los riesgos profesionales habrá de sufrir variaciones paralelas: "Es así como el Médico ve frecuentemente al lado de la extensión de enfermedades cuya patología le era familiar, la aparición entre las poblaciones de trabajadores confiados a su tutela, de perturbaciones patológicas nuevas cuyo origen le pasaba inadvertido."

Y es también por todo ello que lo mismo a propósito del paludismo que de cualquiera otra enfermedad que acorte la vida y debilité las energías, los médicos y los hombres de trabajo y de buena voluntad debemos unir esfuerzos "para cuidar al factor humano en la cotidianidad labor" y pedir a la ciencia, según la admirable expresión de Paccinotti, conservar la vida para el trabajo y hacer el trabajo inofensivo para la vida.

NOTA: El trabajo anterior se refiere a un aspecto interesante de Medicina del Trabajo, que es seguramente una de las ramas de aplicación de la Medicina Social y tiene relación íntima con problemas de orden médico-legal. Es por tal motivo que se dá a la publicidad en la Sección correspondiente.—(El Autor.)

RECONSTITUYENTE FOSFORADO

UTIL COMO

TONICO NERVIOSO Y GENERAL

AUXILIAR POR SUS PROPIEDADES EN LAS

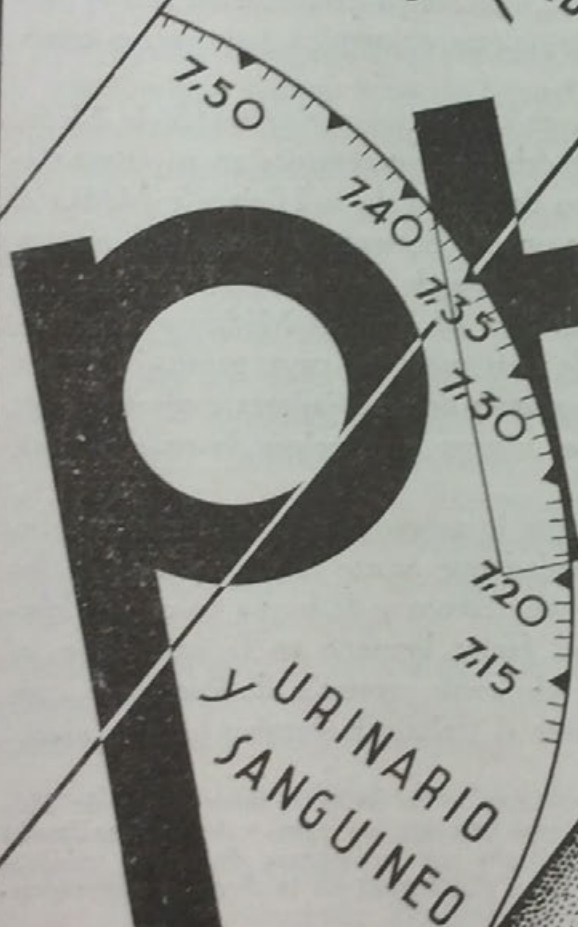
PERTURBACIONES DE LA NUTRICION



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.

Los enfermos mentales como víctimas de delitos sexuales ante la Ley Penal Mexicana

Por GUSTAVO SERRANO

Revisando el Código Penal vigente, se encuentra en su capítulo primero del título décimo quinto, que trata de los delitos sexuales, el artículo 266 que dice: "Se equipara a la violencia, la cópula con persona privada de razón o de sentido, o cuando por enfermedad o por cualquiera otra causa no pudiese resistir". Dicho precepto tiene como antecedente inmediato dentro de nuestra legislación al artículo 796 del Código Penal de 1871, el que concebido casi en los mismos términos decía: "Se equipara a la violencia y se castigará como ésta, la cópula con una persona que se halla sin sentido, o que no tenga expedito el uso de su razón, aun que sea mayor de edad. Y como antecedente remoto o indirecto al Código español que establece que: "se comete el delito de violación yaciendo con una mujer que se hallare privada de razón o de sentido por cualquiera causa". (Art. 431, Frac. II.)

Antes de analizar la esencia de la disposición acabada de citar, es decir, antes de remontarnos a las causas que debieron inspirar al legislador para la creación de esta especial figura delictiva, es preciso fijarnos con todo cuidado en dos circunstancias esencialmente jurídicas:

A).—En primer lugar al equiparar la ley a la violencia, el caso que se estudia, se está estableciendo una presunción *jures et jure*, es decir, que no admite prueba en contrario, que la víctima si hubiera tenido expedito el uso de sus facultades mentales hubiera opuesto resistencia al atentado cometido en su contra, y el infractor para realizar sus propósitos hubiese necesitado hacer uso de la fuerza (violencia) para realizarlos, y

B).—En segundo lugar, para que pueda integrarse la infracción a que se refiere este estudio, es condición indispensable que el violador conozca el estado de la víctima, pues si dicha circunstancia permanece ignorada, no sería jurídico sentenciarlo, presumiendo a priori que el delincuente, en caso de encontrar resistencia, fuera a vencerla usando de la fuerza, si el mismo ignora que la víctima se encuentra en condiciones que imposibilitan su defensa. La jurisprudencia está de acuerdo con esta tesis y Manuel López Rey, lo confirma en "El Nuevo Código Penal" (Edición de 1933, Pág. 401.—Sentencia de 15 de octubre de 1931).

Por tanto, y teniendo en cuenta lo anterior llegamos a la conclusión de que, para cometer la figura delictiva a que nos venimos refiriendo es indispensable como elementos constitutivos de la misma, la reunión de los siguientes requisitos:

I.—La existencia de una cópula (según el sentido técnico en que la establece nuestro Código Penal vigente).

II.—Con persona privada de razón (en el caso especial de los enfermos mentales de que tratamos) que no pueda resistir y

III.—El conocimiento del infractor del estado de la víctima.

Contando ya con los elementos de la infracción, podemos encaminar nuestra investigación hacia la esencia material de la misma o sea, hacia las causas que inclinaron a los legisladores para su establecimiento.

A este respecto debe dirigirse nuestra atención hacia dos puntos de vista fundamentales, a saber: considerando al delincuente o viendo la situación de la víctima.

Por lo que se refiere a la consideración sobre el delincuente, la ley es justa, al aumentar la penalidad para los sujetos que conociendo el estado lastimoso de algún enfermo mental, se aprovechan de él, para cometer la infracción; dado que dicho sujeto demuestra un elevado índice de peligrosidad por sus acciones netamente anti-sociales al lastimar en vez de ayudar a los débiles o enfermos mentales.

Por lo que hace a la situación especial de la víctima en el caso en cuestión, la figura delictiva establecida encuentra también plena justificación ya que, por una parte, la presunción establecida por la ley, y a la que antes se ha hecho referencia de que la víctima en condiciones normales hubiera resistido a la agresión dirigida en su contra, demuestra que ante el ordenamiento penal, se conservan intactos (jurídicamente hablando) los derechos e integridades personales de que disfrutaban los seres normales y por la otra el establecimiento de la pena, puede servir de protección futura a las posibles víctimas de estos delitos, sirviendo como medida puramente intimidativa; aun cuando a este respecto la moder-

na escuela positiva se muestra reacia a considerar este carácter a las penas, no debe sin embargo olvidarse, que el castigo social o jurídicamente considerado, conserva siempre un determinado índice de ejemplaridad.

Para terminar, debe tenerse en cuenta que aun cuando el caso a que hemos hecho referencia, sea de poca aplicación práctica, demuestra sin embargo, que el legislador sí lo tomó en cuenta para incluirlo en el ordenamiento penal, debiendo servir de modelo esta situación, a otras muchas en las cuales la ley ha dejado abandonado social y jurídicamente al enfermo mental.

TODAS NEURÁLGIAS REBELDES

SEDACIÓN RÁPIDA
Y ATÓXICA



NAÏALGINE

NAL ESTABILIZADO HIPERACTIVO

inyeccione ~ indolora ~ 20cc por dia
en ampolla ~ de
5cc. 10cc. 20cc

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

"AUTORIZACIÓN 3914 D.S.P."

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 Pena en la Psicoanálisis

Por el Abogado **MANUEL RIVERA SILVA**

Decía Goeth: que "la historia del mundo debe escribirse de nuevo de tiempo en tiempo". Es indudable que el gran filósofo alemán acertaba al aseverar lo anterior, pues la historia, que no es sino contemplación interpretativa de lo pasado, depende de la óptica del espectador, la cual cambia sincrónicamente con las trasmutaciones del pulso histórico. A cada cambio de conceptualización universal debe corresponder una historia peculiar y así la psicoanálisis, que marca, como afirma Auguste Marie, "una nueva hipótesis filosófica generalizada de todas las manifestaciones del espíritu", tiene que traer aparejada nuevas visualidades en la interpretación del pasado.

Tomando en cuenta lo anterior, el párrafo de la pena del derecho punitivo, debe ser redactado nuevamente, pues la filosofía freudiana adviene con una nueva etiología absolutamente diversa a la que informa las escuelas preteridas, cambiando la historia de la pena, al ser ésta interpretada con una retina que le da tonalidades aún no atisbadas.

La pena, según la doctrina del doctor vienés, ya no es una emanación lógica y natural de la trasgresión de un contrato social, como parece desprenderse de la interpretación filosófica que va desde el pensador del Jardín hasta el pensador de la Revolución Francesa; ni tampoco la pena es una manifestación de atribuciones divinas delegadas en los hombres; ni mucho menos, es una medida racional tomada para el logro de la armonía social. No. La pena tiene su origen en las regiones más escondidas del alma humana y no persigue otra finalidad que la satisfacción egoísta de los instintos asociables que tienen todos los hombres.

Al efecto, tenemos que la doctrina de Freud, mantiene como colum-

na principal de su arquitectura el principio de que el hombre siempre tiende al placer. Esta finalidad es la que galvaniza el alma, informando el "ello", parte motora de la vida. Si el hombre no viviere en sociedad, el "yo consciente" estaría identificado con el "ello", no existiendo barrera de ninguna especie a la actividad del hombre. Pero merced a la sociedad, que impone limitaciones al principio placentero del hombre, el "ello" se vé constantemente inhibido, percatándose así el alma de que la *realidad* (todo lo circundante) es un óbice para la realización de sus placeres formando el "super yo". Mas el principio edonista no cede sino a cambio de que la renuncia a satisfacciones determinadas del instinto, le prometa placeres mayores, obteniéndose así la "conversión del principio del placer en el principio de la realidad" (Freud).

Sentado lo anterior es inconcuso que toda actividad delictiva es hija de una exigencia del "ello" que aprovecha un momento de debilidad del "super yo". Ahora bien, cuando el "super yo" tiene fuerza suficiente para lograr a través de la censura que las exigencias del "ello" no pasen al "yo consciente", el instinto del placer actúa sobrepticamente, en los sueños, en las equivocaciones, en los actos simbólicos y en la neurosis.

La pena no es sino un acto simbólico, entendiendo por tal, toda actividad que tras su contenido manifiesto tiene otro latente. El proceso debido al cual la pena surge como acto simbólico es el siguiente: La comisión del delito viene hacer naufragar la permuta que se ha hecho del principio del placer por el principio de la realidad, pues la ejecución de la infracción, como podrían decir F. Alexander y H. Staub, está demostrando que la renuncia a satisfacciones del "ello", con objeto de lograr cierta seguridad no tienen ningún objeto, ya que esa seguridad no existe. Este hecho debilita las fuerzas inhibitorias del "super yo" y el "ello" principia a actuar con mayor ímpetu apareciendo la rebeldía y el deseo de realizar el placer por medio de la violencia. En este momento surge la pena que no es sino, la venganza en contra del "super yo", en beneficio del cual se ha sacrificado el "ello" sin ningún provecho. Como se vé la venganza emana el "ello", estadio del alma informado por puros instintos asociables. El judío vienés con su doctrina ha venido a demostrar exactamente lo contrario de lo que afirmaban las escuelas anteriores a él, es decir, que la pena no surge por principios o instintos sociables sino por exigencias completamente asociables.

Adler explicaría la pena como una manifestación de la subconsciencia tendiente a demostrar que los hombres no delincuentes y que forman la sociedad no son inferiores a los delincuentes, puesto que ellos también son capaces de ejecutar los mismos actos que ha realizado el infractor.

Así se explica el "talión" que no es sino la ejecución del mismo acto que el delincuente ha cometido.

Es muy posible que la interpretación dada por Freud y Adler de la pena no sean del todo atinadas, pero es indudable, que, indirectamente, han demostrado que la pena no es un producto de la razón sino que obedece a fuerzas del alma completamente ocultas de las que la conciencia no se había percatado sino hasta el advenimiento de la psicología abisal.

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

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.

NOTAS SINTETICAS

Por el Doctor JUAN
PEON DEL VALLE

CAMBIO DE NOMBRE

En la Revista de Neuro-Psiquiatría de Lima, Perú, Tomo I, No. 2, junio 1938, aparece la siguiente "información":

Por iniciativa del malogrado Prof. Dr. Oscar Fontecilla, en enero de 1937 se realizó la Primera Reunión de las *Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico*. El éxito de esa junta y la circunstancia de que colaborasen algunos distinguidos especialistas argentinos y uruguayos, invitados expresamente, decidió a dar mayor amplitud a la institución. Al efecto, en la sesión de clausura la asamblea acordó adoptar el nombre de *Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas*, a fin de que cada dos años se congreguen los psiquiatras, neurólogos y médicos legistas del continente.

En esa misma sesión, a propuesta del Dr. Nerio Rojas, catedrático de medicina legal de la Facultad de Buenos Aires, se designó la ciudad de Lima como sede de la Segunda Reunión.

Desde diciembre de 1937 la Cátedra de Psiquiatría y Neurología de Lima prepara la próxima junta, que se realizará del 20 al 25 de marzo de 1939.

HIGIENE MENTAL

El Comité internacional de Higiene Mental, cuyo secretario general es Clifford W. Beers, con fecha 15 de julio de este año, giró una circular a los miembros del mismo, con un estado de la cuenta e informaciones diversas, siendo el principal objeto pulsar la opinión de los integrantes acerca de la fecha y el lugar en que deben celebrarse los congresos de Higiene Mental. En vista de las circunstancias mundiales, la fecha no ha podido ser fijada para 1940, y en cuanto al lugar ahora parece que hay

probabilidades de que sea en Brasil. Ya notificaremos lo que se resuelva, y mientras tanto incluimos la lista de los integrantes, a los que se ruega comuniquen sus puntos de vista al Secretario General (50 West 50th St., New York City, U.S.A.) y estén pendientes de las resoluciones que se vayan tomando.

Presidente: Adolf Meyer, M. D. Vicepresidentes: Charles F. Martin, M. D., Canadá; Ernst Rüdin, M. D., Alemania; Georges Genil-Perrin, M. D., Francia; H. Crichton-Miller, M. D., Inglaterra; Eugenio Medea, M. D., Italia; James R. Angell, M. D., Estados Unidos del Norte. Tesorero: Thomas W. Lamont, EE. UU. Secretario General: Clifford W. Beers, EE. UU.

Presidentes Honorarios: Africa, William Russell; Asia, Koichi Miyake; Australia, J. H. N. Cumpston; Europa, Edouard Toulouse; Norteamérica, William L. Russell; Sudamérica, Enrique Roxo.

Vicepresidentes Honorarios: Alemania, Hans Roemer; Argentina, Gonzalo Bosch; Australia, Henry F. Maudsley; Austria, Joseph Berze; Bélgica, Auguste Ley; Bolivia, Félix Sánchez; Brasil, Jlinio Olinto; Bulgaria, Stephen Danadjieff; Canadá, Edward W. Beatty; Chile, Hugo Lea Plaza; China, J. Heng Liu; Cuba, Francisco Fernández; Checoslovaquia, L. Haskovec; Dinamarca, Viggo Christianzen; España, Emilio Mira; Estados Unidos del Norte, C. Macfie Campbell; República Dominicana, J. I. Manon; Ecuador, Miseno Saona; Estonia, Ludwig Puusepp; Finlandia, Sven E. Donner; Francia, Henri Claude; Gran Bretaña, Hubert Bond; Grecia, H. Michalacopoulos; Guatemala, José Manuel Arias; Hawái, Robert B. Faus; Holanda, K. Herman Bouman; Hungría, Gustav Olah; Irlanda, Steingr. Arason; India, Owen A. R. Berkeley-Hill; Italia, Corrado Tumiati; Japón, Toyotane Wada; Latvia, Hermann Buduls; Lituania, Juozas Blazys; México, Samuel Ramírez Moreno; Nueva Zelanda, Alex R. Falconer; Noruega, Ragnar Vogt; Paraguay, Cándido Vasconsellos; Perú, Baltazar Caravedo; Puerto Rico, Mario Juliá; Rumania, J. Marinesco; Siam, Luang Vichieu Baetyakom; Suecia, Viktor Wiggert; Suiza, André Repond; Tasmania, E. Morris Miller; Turquía, Fahreddin Kerim; Unión de Sudáfrica, pendiente; Uruguay, Antonio Sicco; Venezuela, G. Aranda; Yugoslavia, J. M. Peritch.

CONCEPTO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL

El Dr. Elio García Ausst, de Montevideo, llega a las siguientes conclusiones ("Revista de Psiquiatría y Criminología", Núm. 13, año III, febrero 1938, Buenos Aires):

1.—Las enfermedades mentales no pueden reducirse a series de fenómenos heterogéneos a ellas mismas, tales como los que informan como un condicionalismo neuro-biológico restrictivo.

2.—Dichas enfermedades tienen un carácter singular y propio que las individualiza totalmente y las expresa como exteriorización de un tipo de unidad humana.

3.—Las enfermedades mentales sólo se comprenden como expresiones anormales de una personalidad determinada y se supeditan a tipos de estructura mórbida más o menos definida.

4.—Las organizaciones estructurales mórbidas individuales, se construyen sobre tipos prevalentes, de los cuales cabe señalar desde ahora los desarrollos, las reacciones y los procesos.

Agrega el autor: "Las conclusiones finales, así como muchas de las reflexiones expuestas en el curso del trabajo pueden parecer a primera vista extrañas, insólitas, y mismo revolucionarias. Abrigo la esperanza de que tal impresión se desvanecerá cuando se mediten con alguna detención las tesis aquí sustentadas. Señalar para una disciplina científica las vías nuevas que se le ofrecen no es de ningún modo renegar de las conquistas pasadas. Por mi parte yo desearía tan sólo que estas directivas que ahora se abren a la psiquiatría, permitan realizaciones tan fecundas y magníficas como las que han significado a nuestra ciencia en el transcurso de los años precedentes. Y en la "encrucijada de los caminos" a que nos vamos abocando, yo espero que los psiquiatras, sobre todo los jóvenes, sabrán discernir la ruta favorable, esa que conduce por el esfuerzo renovado, a la conquista de la verdad, que es el más sólido fundamento para la dicha de los hombres".

NEURONITIS

Debe fijarse la atención en un trabajo aparecido en la "Revista Argentina de Neurología y Psiquiatría" (año III, Núm. 1, Rosario), por estar muy documentado acerca de poli-radículo-ganglio-neuritis generalizadas. Sus autores son los conocidos profesores Teodoro Fracassi, Demetrio E. García y Aníbal Castañe Decoud.

ENFERMERIA

Redactada para las alumnas de la Escuela de "Trabajadores Sociales" (nombre de significado demasiado amplio para la profesión a que se destina, ya que bajo esa denotación podrían involucrarse multitud de labo-

res), y editada por el Departamento Autónomo de Prensa y Publicidad, nos ha enviado con afectuosa dedicatoria el Dr. Alfredo M. Saavedra una útil e interesante obrita titulada "Apuntes de Enfermería". Prestará grandes servicios a las enfermeras y rendirá por tanto beneficios a todos los enfermos, aun a los que caen dentro de las "especialidades", pues se encuentran consejos allí para cuidados a los niños, a los infecto-contagiosos, en casos de epidemias, catástrofes, guerra, cirugía, etc., etc. El autor, activísimo miembro de la Sociedad Mexicana de Eugenesia, logra de manera admirable en un libro tan pequeño tocar, aunque sea brevemente, todos los capítulos, todos los detalles. Lástima que, como casi siempre, fueran también aquí olvidados los enfermos mentales y nerviosos.

SIGUEN LAS VICTIMAS

A la larga y trágica serie de médicos que son heridos o asesinados por los peligrosos en libertad, y que son en su mayoría cirujanos y psiquiatras (Pozzi, Inclán, Fontecilla, Ruiz Esparza, Caravedo), vienen a sumarse ahora los nombres de tres facultativos de San José (Costa Rica), los Dres. Moreno Cañas, Manuel Echandi y Harry Maynard, abatidos en sus respectivos hogares por el sujeto de elevado índice de peligrosidad llamado Beltrán Cortés. Esta unidad biológica iba a ser *linchada* por el pueblo de Costa Rica indignado e incomprensivo. El "tres veces asesino" es un pobre enfermo que se hizo "justicia" pues los citados médicos le habían hecho hacía años una operación en un brazo y "no le había dado resultado".

TERAPEUTICA CONVULSIVANTE

Otro analéptico, la dietilamida del ácido piridin beta-carbónico, está siendo ensayado por vía endovenosa rápida para producir choques convulsivantes en el tratamiento de muchas psicopatías. Si con él se obtienen resultados favorables, será preferido al pentametilenotetrazol, de otra casa comercial y cuyos precios prohibitivos y envases en cantidades inadecuadas para este uso, lo hacen menos manejable, y al aceite alcanforado, que tiene otros inconvenientes ya señalados y bien conocidos.

Pasa a la pág 60



DMELCOS

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

COMPOSICION :

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

PRESENTACION :

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

MODO DE EMPLEO :

Inyección intravenosa

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

USESE EXCLUSIVAMENTE POR
PRESCRIPCIÓN Y BAJO LA
VIGILANCIA MEDICA

N° 7277. - D. S. P.

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

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 SEÑORES MEDICOS

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

BISMUTHOIDOL ROBIN

(Bismuto Coloidal)

Reg. No. 10431 D. S. P. — Prop. 3963

EL BISMUTHOIDOL ROBIN:

ES EL ESPECIFICO IDEAL PARA LA SIFILIS
 ES UN BISMUTO COLOIDAL EN SOLUCION ACUOSA
 ES COMPLETAMENTE INDOLORO
 NO SE ACUMULA EN EL ORGANISMO
 NO PROVOCA CHOQUES EMOCIONALES

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

REPRESENTANTE PARA LA REPUBLICA MEXICANA:

MAX ABBAT.

Lucerna 47.

Apartado 62.

México, D. F.

Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas

A mediados del año 1936 el Dr. Oscar Fontecilla, catedrático de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Santiago de Chile, tuvo la afortunada iniciativa de fundar la reunión periódica de los cultores de la patología mental y disciplinas conexas de las repúblicas occidentales de América. Bajo el patrocinio del Gobierno y de la Universidad de Chile, consiguió realizar las Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico, del 4 al 12 de enero de 1937, en Santiago, Valparaíso y Viña del Mar.

El éxito de la Primera Reunión fué grande debido a la manera cómo actuó la comisión organizadora, presidida por el Dr. Fontecilla, al auspicio del Gobierno, la Universidad y el cuerpo médico de Chile, así como por la concurrencia y labor de los delegados de varias naciones sudamericanas.

El hecho de que colaborasen en esas Jornadas algunos distinguidos especialistas argentinos y uruguayos invitados expresamente, decidió a dar mayor amplitud a las Jornadas. Al efecto, en la sesión de clausura se acordó adoptar el nombre de *Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas*, a fin de que cada dos años se congreguen los psiquiatras, neurólogos y médicos legistas del continente.

En esa misma sesión, a propuesta del Dr. Nerio Rojas, catedrático de medicina legal de la Facultad de Buenos Aires, se designó la ciudad de Lima como sede de la Segunda Reunión.

También en la sesión de clausura de las Jornadas de Chile se aprobó el Reglamento, cuyo texto figura después.

Al preparar la nueva etapa de la institución fundada por el Prof. Fontecilla, no podemos dejar de evocar, consternados, su memoria. Cuando todavía era reciente el magnífico acontecimiento de colaboración y amistad de los neuropsiquiatras latinoamericanos, sucumbió, víctima de

uno de los riesgos de la vida profesional, quien fuera su admirable animador. La continuidad de las Jornadas constituirá manera efectiva de pervivencia de su obra y homenaje siempre renovado a su recuerdo.

REGLAMENTO

Art. 1o.—Las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas tienen por objeto reunir cada dos años a los profesionales que se ocupan de Neurología, Psiquiatría y disciplinas afines, con el propósito de vincularlos más estrechamente para fomentar el progreso científico de esas ramas médicas y difundir las enseñanzas que de él se deriven.

Art. 2o.—La sede de las Jornadas será alguna de las ciudades universitarias americanas que se designe en la reunión de clausura por los delegados de los diferentes países.

Art. 3o.—Serán miembros de las Jornadas: los delegados de los diferentes países, los representantes de las instituciones adherentes y los cultores de las diferentes especialidades que hayan enviado trabajos o manifestado su adhesión.

Art. 4o.—Los temas oficiales de las Jornadas y sus relatores serán designados por la Clínica Psiquiátrica, a la que corresponda la organización de las mismas.

Art. 5o.—Se aceptarán, además, trabajos libres sobre otros temas de Neurología, Psiquiatría y disciplinas afines.

Estos trabajos serán presentados a las Jornadas, previo examen por la Comisión Organizadora.

Art. 6o.—Para cada tema oficial se designará uno o más relatores, los que deberán enviar su ponencia a la Secretaría General de las Jornadas, a lo menos quince días antes de la inauguración. Cada relación debe ser acompañada de un resumen.

Art. 7o.—La Comisión Organizadora distribuirá los diferentes temas oficiales y no oficiales y hará el programa de las sesiones y de las Jornadas en general.

Art. 8o.—Cada relator oficial podrá disponer hasta de 40 minutos para la lectura de su trabajo o un resumen del mismo. En la discusión, cada miembro tendrá derecho a usar de la palabra por espacio de diez minutos y el relator dispondrá de veinte minutos para replicar.

Art. 9o.—En los temas libres, cada autor dispondrá de diez minutos para la lectura de su trabajo o un resumen del mismo, y los miembros de las Jornadas de cinco minutos cada uno para discutir.

Art. 10.—La Comisión Organizadora se preocupará del financia-

miento de las Jornadas, para lo cual solicitará el apoyo del Gobierno y de las Instituciones Universitarias. Además, cada adherente deberá cancelar una cuota de dos dólares. Tendrá así derecho a recibir las publicaciones de las Actas de las Jornadas.

Art. 11.—En la sesión de clausura de las Jornadas se determinará la sede de las reuniones siguientes y la Clínica Universitaria que tendrá a su cargo su organización; se harán las sugerencias que los miembros juzguen útiles para elección de temas y para la reforma del presente reglamento.

Art. 12.—La Secretaría General y Permanente de las Jornadas, encargada de la conservación de toda la documentación relativa a las mismas, estará a cargo de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Santiago

LA SEGUNDA REUNION

Bajo el auspicio del señor Ministro de Salubridad Pública, Trabajo y Previsión Social a nombre del señor Presidente de la República y con el apoyo de la Universidad Mayor de San Marcos y de la Facultad de Ciencias Médicas, hemos comenzado a preparar las labores de la próxima reunión. No habiendo recibido todavía respuesta a todas las invitaciones que hemos hecho, el programa que formulamos considera sólo las comunicaciones oficiales que han sido anunciadas antes del 10. de junio.

Considerando que la lectura de las ponencias oficiales, cuyo número es considerable, debe preceder a la Reunión, hemos rogado a los relatores que nos envíen el texto a principios de diciembre, mecanografiado y cuidadosamente corregido. De este modo, antes de que comiencen las sesiones estará impreso y podrá ser conocido de los participantes, con lo cual se economizará tiempo, ya que cada relator sólo hará la exposición oral de las ideas esenciales para promover el debate.

En el próximo Boletín informaremos acerca de los comités que se están constituyendo en los diversos países, así como de las comunicaciones oficiales y libres, que se nos anuncien.

PROGRAMA PROVISORIO DE LA SEGUNDA REUNION

LUNES 20 DE MARZO DE 1939

10 y 30 a m. *Sesión preparatoria.*

6 p m. *Sesión inaugural.*

MARTES 21 DE MARZO DE 1939

10 a m. *Primera sesión de trabajo:*

I. Primer tema oficial: Fundamento biológico de la incapacidad civil de los enfermos mentales.

II. Trabajos libres de neurología.

3 p m. *Segunda sesión de trabajo:*

I. Segundo tema oficial: El dolor. Ponencias sobre la anatomía, la fisiología y la cirugía del dolor.

II. Trabajos libres de neurología.

6 y 30 p m. *Tercera sesión de trabajo:*

I. Segundo tema oficial: Ponencias acerca de la fisiopatología y la clínica del dolor.

II. Trabajos libres de neurología.

MIÉRCOLES 22 DE MARZO DE 1939

10 a m. *Cuarta sesión de trabajo:*

I. Segundo tema oficial: El dolor. Ponencias acerca del dolor y la toxicomanía y el dolor en medicina legal.

II. Trabajos libres de medicina legal.

6 p m. *Quinta sesión de trabajo:*

I. Tercer tema oficial: Hipocondría y manifestaciones hipocondríacas. Ponencias acerca de la historia y la clínica de la hipocondría.

II. Trabajos libres de psiquiatría.

JUEVES 23 DE MARZO DE 1939

10 a m. *Sexta sesión de trabajo:*

I. Tercer tema oficial: Hipocondría. Ponencias acerca de la clínica y la psicología de las manifestaciones hipocondríacas.

II. Trabajos libres de psiquiatría.

3 p m. *Séptima sesión de trabajo:*

- I. Tercer tema oficial: Hipocondría. Ponencias sobre constitución y medicina legal de la hipocondría y de las manifestaciones hipocondríacas.
- II. Trabajos libres de medicina legal.

6 y 30 p m. *Octava sesión de trabajo:*

- I. Cuarto tema oficial: Tratamiento de la esquizofrenia.
- II. Trabajos libres de psiquiatría.

VIERNES 24 DE MARZO DE 1930

10 a m. *Novena sesión de trabajo:*

- I. Cuarto tema oficial: Tratamiento de la esquizofrenia.
- II. Trabajos libres de terapéutica de las enfermedades mentales.

6 p m. *Décima sesión de trabajo:*

- I. Quinto tema oficial: El servicio social en la asistencia de enfermos de la mente.
- II. Trabajos libres acerca de la asistencia de los enfermos de la mente.

SABADO 25 DE MARZO DE 1930

10 a m. *Undécima sesión de trabajo:*

- I. Sexto tema oficial: Deontología en la práctica del seguro social.
- II. Trabajos libres diversos.

3 p m. *Duodécima sesión de trabajo:*

- I. Sexto tema oficial: Deontología en la práctica del seguro social.
- II. Trabajos libres diversos.

6 y 30 p m. *Sesión de clausura:*

PONENTES Y TEMAS OFICIALES DE LAS
JORNADAS DE 1939

I

Prof. Nerio Rojas (Buenos Aires): Fundamento biológico de la incapacidad civil de los enfermos mentales.

II

- Prof. Manuel Balado (Buenos Aires): Neurocirugía del dolor.
Prof. David Capriles (La Paz): El dolor y la toxicomanía.
Prof. Raimundo de Castro (Habana): El dolor en medicina legal.
Prof. V. Dimitri (Buenos Aires): Fisiopatología del dolor.
Prof. Max Gonzales Olaechea (Lima): El dolor en las enfermedades de las vísceras.
Prof. Hugo Lea Plaza (Santiago de Chile): El dolor en las enfermedades de las vísceras.
Prof. Hugo Lea Plaza (Santiago de Chile): El dolor en las enfermedades del sistema nervioso central.
Dr. José B. Odoriz (Buenos Aires): Fisiología del dolor.
Prof. Maximiliano Rueda (Bogotá): El dolor y la toxicomanía.
Prof. Oscar Trelles (Lima): Base anatómica del dolor.
Prof. E. Vampré (Sao Paulo): El dolor en las enfermedades del sistema nervioso central.*

III

- Dr. Fernando de Allende Navarro (Santiago de Chile): La hipocondría y las manifestaciones hipocondríacas desde el punto de vista psicoanalítico.
Prof. Arturo Ameghino (Buenos Aires): Manifestaciones hipocondríacas en las psicosis.
Prof. Juan Ramón Beltrán (Buenos Aires): Historia del concepto de hipocondría.
Prof. José María Estapé (Montevideo): La hipocondría en medicina legal.
Dr. Juan Peón del Valle (Méjico): Hipocondría y constitución.
Prof. Antonio Sicco (Montevideo): Hipocondría y manifestaciones hipocondríacas.
Prof. Juan Mendoza (Sucre): Hipocondría y manifestaciones hipocondríacas.
Prof. Guillermo Uribe Cualla (Bogotá): La hipocondría en medicina legal.

IV

- Prof. Gonzalo Bosch (Buenos Aires): Tratamiento de la esquizofrenia.
Prof. Honorio Delgado (Lima): Tratamiento de la esquizofrenia.
Prof. Julio Endara (Quinto): Tratamiento de la esquizofrenia.
Prof. Samuel Ramírez Moreno (México): Tratamiento de la esquizofrenia.
Prof. Arturo Vivado O. (Santiago de Chile): Tratamiento de la esquizofrenia.

V

- Dr. Baltazar Caravedo (Lima): El servicio social en la asistencia de enfermos de la mente.
Dr. Elías Malbrán (Santiago de Chile): El servicio social en la asistencia de enfermos de la mente.
Prof. A. C. Pacneco e Silva (San Pablo): El servicio social en la asistencia de enfermos de la mente.

VI

- Prof. H. Tanner de Abreu (Rio de Janeiro): Deontología en la práctica del seguro social.
Dr. Baldomero Arce Molina (Valparaíso): Deontología en la práctica del seguro social.
Prof. G. Fernández Dávila (Lima): Deontología en la práctica del seguro social.
Prof. G. Fernández Dávila (Lima): Deontología en la práctica del seguro social.
Prof. Jaime Vidal (Santiago de Chile): Deontología en la práctica del seguro social.
Dr. Luis Angel Ugarte (Lima): Deontología en la práctica del seguro social.

RECEPCIONES Y EXCURSIONES

El programa de las recepciones y excursiones en honor de los congresistas será fijado en el último Boletín.

Se realizan actualmente las gestiones oficiales para ofrecer un viaje al Cuzco y en particular para la visita de las famosas ruinas de la fortaleza de Saccsayhuamán y de Machu-Picchu.

Los facultativos que deseen inscribirse a esta Reunión científica, pueden manifestarlo así al Comité Mexicano de las Jornadas Neuropsiquiátricas Panamericanas, calle de Génova Núm. 39, Tel.: 4-20-62 y L-72-30.

Notas Sintéticas

Viene de la pág. 50

NEUROBIOLOGIA

Con ese título salió a la luz pública el primer número del órgano oficial de la Sociedad de Psiquiatría, Neurología e Higiene Mental del Noreste Brasileño.

En Recife, Pernambuco, existe desde hace algún tiempo uno de los centros mejor dotados para la asistencia de psicópatas. Los nombres de Ulises Pernambucano, José Lucena, Pedro Cavalcanti y algunos otros, tienen suficiente prestigio para que no sea necesario resaltarlos.

Por demás está decir que el material científico de esa revista es interesante. Encontramos allí casos interesantes, trabajos de investigación y observaciones de práctica frenocomial.

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.



PROFILAXIS DEL SARAMPION CON EL "PLACENTYL MYN"

Con el empleo del PLADENTYL MYN, que es un extracto de placenta humana desalbuminado, concentrado y purificado, desde hace ya más de un año, los médicos mexicanos han comprobado constantemente las observaciones de McKhann y las de otros investigadores, en la profilaxis y modificación del sarampión.

Cuando se inyecta el PLACENTYL MYN inmediatamente después de la exposición del contagio, produce una protección completa y el sarampión no se desarrolla, pero la inmunidad es transitoria, como toda inmunidad pasiva.

Cuando el PLACENTYL MYN se aplica del quinto al décimo día de la exposición del contagio, entonces se desarrolla el sarampión, pero atenuado y sin complicaciones, adquiriéndose así una inmunidad permanente.

La estadística de McKhann es por demás demostrativa:

Producto empleado	Número de casos	Protección	Modificación	Sin efecto
EXTRACTO PLACENTARIO	1,628	1,138 (69.9%)	417 (25%)	73 (4.5%)

El PLACENTYL MYN está preparado siguiendo las técnicas de McKhann, pero modificada de acuerdo con la práctica y experimentación nuestras.

El PLACENTYL MYN se suministra en frascos de 5 c.c a un precio muy bajo.

Reg. No. 18653 D. S. P.