

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL



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

SUMARIO:

SINDROME EPILEPTICO Y PROCESO ANEURISMATICO DE LA PRESA DE HEROFILO Y DE LOS SENOS LATERALES.—*Por los Dres. Samuel Ramírez Moreno y Teodoro Flores Covarrubias.*

CIRUGIA NERVIOSA DE LA CONSTIPACION.—*Por el Dr. Conrado Zuckermann.*

APORTACION A LA CASUISTICA DE LAS SEUDOPERCEPCIONES.—*Por el Dr. Juan Peón del Valle.*

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

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

VOL. V

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 28

NOVIEMBRE DE 1938

MEXICO, D. F.

Quimofarma

FABRICA DE PRODUCTOS QUIMICOS Y FARMACEUTICOS

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



BILUSAN

Registro D. S. P. No. 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.

Aplicuese solo o en combinación con

NUCLEOPROTIN

Registro 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.

Distribuidores:

BEICK FELIX Y CIA., S. en C.

México

—

Veracruz

—

Guadalajara

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

DIRECTOR:

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

EDITOR Y JEFE DE REDACCION:

Dr. JUAN PEON DEL VALLE

P U B L I C A C I O N B I M E S T R A L

VOLUMEN V NUM. 28. 1o. DE NOVIEMBRE 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.

PSICOPELAGOGIA: 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. Tomás 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: Dres. Adalberto F. Argüelles y Roberto Morelos Zaza-
goza.
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. Sbarbí.
BRASIL: Dres. Plinio Olinto, Heitor Péres, José Mariz y José Lucena.
CUBA: Dr. Manuel Galigarcía.
COSTA RICA: Dr. Roberto Chacón Paut.
CHILE: Dr. Juan Garafulic.
ECUADOR: Dr. Julio Endara.
ESPAÑA: Dr. Antonio Torres López.
ESTADOS UNIDOS: Dres. 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.
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 me-
xicanos, de manera extensiva y particular a los especialistas de habla
castellana y en general a todos los neuropsiquiatras que deseen el
intercambio.

Propiedad de la
Academia N. de Medicina
de México

Aktedron-Chinoín

El estimulante inocuo de las
funciones psíquicas.

Euforico

Surmenage intelectual,
agotamiento físico,
Síndromes de

Melancolía y Depresión

Aktedron-Chinoín

no es un alcaloide;
en consecuencia,

No causa

Costumbre - Síntomas de privación.

A b s o l u t a m e n t e I n o c u o .

Reg. No. 17475-20287 D. S. P.

Véase artículo referente en este mismo número.

Muestras y Literatura:

PRODUCTOS FARMACEUTICOS, S. A.

Versalles 90.

MEXICO, D. F.

Apartado 1485.

Síndrome epiléptico y proceso aneurismático de la presa de Herófilo y de los senos laterales



BIBLIOTECA
CENTRAL

Por los Dres. SAMUEL RAMIREZ
MORENO y TEODORO FLORES
COVARRUBIAS.

La presente observación, que nos ha parecido interesante publicar, se refiere a la señorita G. B., quien fué enviada para su estudio por el señor Dr. Federico Reinking a quien acudió en consulta por padecer amigdalitis crónica con brotes agudos, pero como además sufría crisis convulsivas epilépticas, el referido médico consideró conveniente someterla a examen neurológico.

Los datos recogidos para formular una breve historia clínica, son los siguientes: la enferma es soltera, de raza blanca, estudiante de secundaria (hace dos años que ha suspendido los estudios por la enfermedad); originaria de la ciudad de México donde ha vivido hasta la fecha.

Como *antecedentes familiares* se citan los siguientes: Los padres viven y son sanos. La madre tuvo gemelos en uno de sus partos. No se conocen datos de mayor importancia en los antecesores. La enfermita es la penúltima de 13 hermanos, de los cuales 9 viven y 4 han muerto; uno de meningitis colibacilar, uno poco después de nacer y en el que persistía el agujero de Botal, uno de bronconeumonía a los 11 meses de edad y el cuarto por asfixia al nacer; habiendo la circunstancia de que, en este caso, la madre tuvo un traumatismo craneano con conmoción cerebral tres meses antes.

De los que viven, 5 son mujeres, entre las que se cuenta G. B. y 4 varones; todos sanos, menos la que nos ocupa. Entre los *antecedentes colaterales* se sabe únicamente que tie-

ne una tía paterna *nerviosa*, posiblemente histérica. Con relación a los *antecedentes personales* sabemos lo siguiente: nació a tiempo de parto normal, no fué criada al pecho por la madre, sino que tuvo nodriza primero y después varió por alimentos artificiales entre ellos harina Nestlé que fué la que mejor toleró por mucho tiempo; desde el nacimiento ha sido siempre débil y de peso y tamaño menor que el proporcionado a su edad. Las épocas del habla, marcha y primera dentición, se presentaron en tiempo normal.

Ingresó a la escuela a los cuatro años y siempre ha sido muy aprovechada e inteligente, obteniendo con frecuencia los primeros lugares; en la segunda infancia también muy dedicada al estudio, pero de carácter algo irritable.

Las primeras reglas le aparecieron a los 13 años y no ha sufrido alteraciones de ninguna clase en ese sentido.

En lo que se refiere a los *antecedentes personales patológicos*, se refiere que en la primera infancia sufrió trastornos digestivos por defectos de alimentación, y que desde la segunda infancia se le empezó a observar carácter irritable y violento, a veces sin motivo justificado; su desarrollo físico ha sido en general lento; sufrió erisipela en una pierna a los 10 años, pero puede decirse que con excepción de algunos catarros y afecciones gripales ha sido bastante sana.

En relación con su enfermedad actual, hace dos años y medio, y sin motivo aparente, después de cenar, encontrándose acostada, y leyendo un libro, tuvo el primer ataque convulsivo, con pérdida del conocimiento, contracciones tónicas y convulsiones clónicas, estado comatoso consecutivo y obnubilación al recobrar la conciencia. A partir de entonces los ataques se han presentado sin periodicidad; por término medio dos al mes; en ocasiones se han alejado, y en otras se han sucedido hasta tener 2 ó 3 seguidos.

Los caracteres comunes a ellos son: pérdida de conocimiento, convulsiones tónicas y clónicas generalizadas, mordedura de la lengua, espuma por la boca y estado comatoso.

Se presentan casi exclusivamente de día, frecuentemente después de las comidas, sobre todo cuando éstas son abundantes, o bien con esfuerzos físicos, cuando trabaja con exceso en los quehaceres de la casa.

Independientemente de la crisis convulsiva completa, ya indicada, no se citan equivalentes ni alteraciones psíquicas; sólo que es algo caprichosa, tenaz en sus propósitos, e irasci-

ble, como ya se señaló; pero puede decirse que es de inteligencia brillante, estudiosa, dócil y de carácter bondadoso. El examen físico-funcional nos ha dado los siguientes

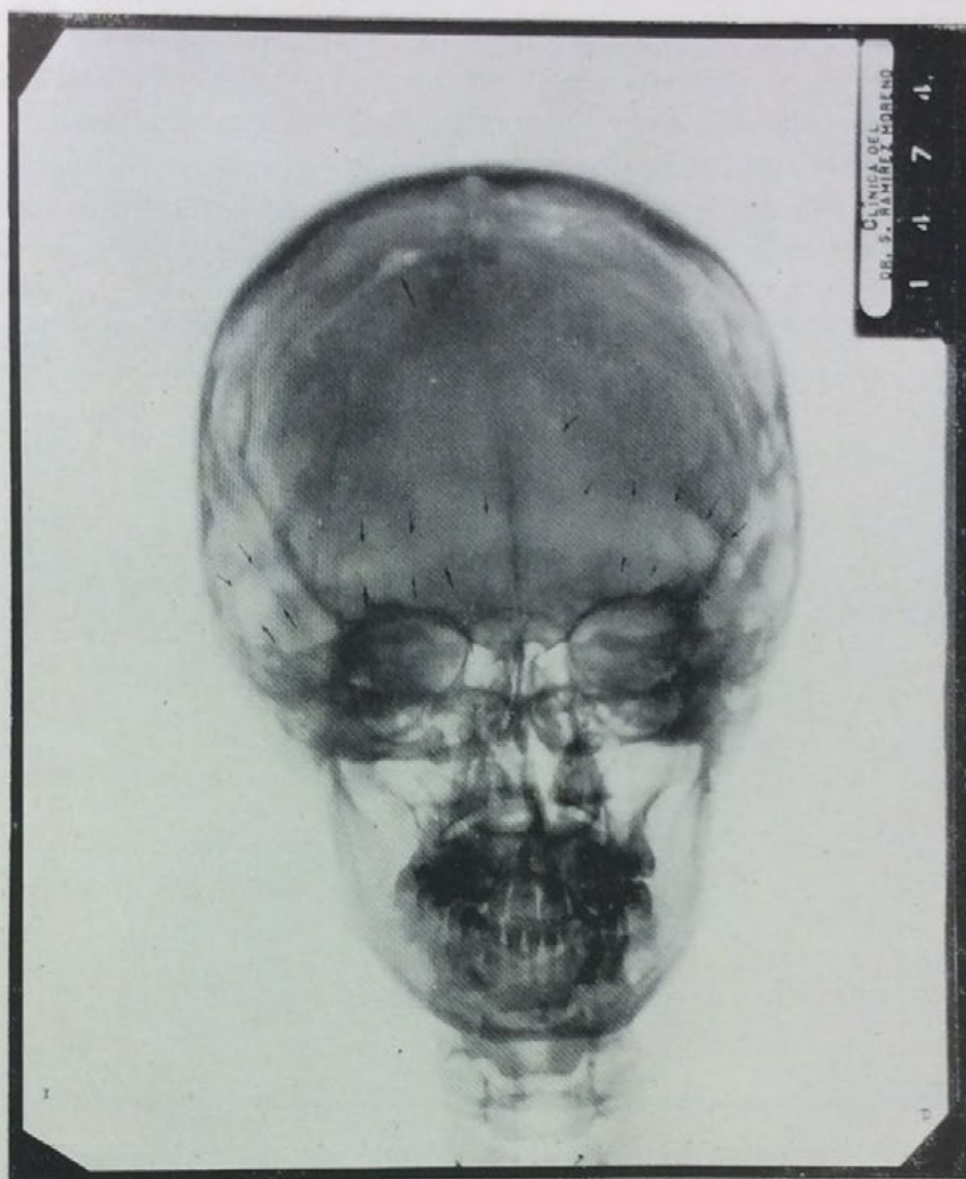


Fig. No. 1.—Se aprecia la proyección de los senos laterales recorriendo los canales óseos correspondientes. Los extremos externos de los senos se dirigen precisamente a los agujeros desgarrados posteriores. Son también visibles la presa de Herófilo y parte del seno longitudinal superior. Es muy notable la hipertensión craneana, caracterizada por la acentuación de las eminencias mamilares e impresiones digitales. En la región de la bóveda se aprecian vasos venosos dilatados”.

datos: persona íntegra, proporcionada, en buen estado de nutrición, que no presenta movimientos anormales (fuera de los episodios convulsivos) que los normales los hace correctamente; mide 1.52 y pesa 42 kilogramos; no se advierte na-

da de particular en su cara, cráneo, cuello, tórax y miembros. Al estudio por inspección, sólo alguna pequeña cicatriz en la lengua consecutiva a las mordeduras durante el ataque.

El examen neurológico proporcionó hiperreflexia en los tendinosos y osteoperiósticos, pues todas las demás exploraciones fueron negativas; el estudio del neurovegetativo buscando el reflejo óculocardíaco, dió datos normales y el de los pares craneanos sin nada de particular.

Por parte del aparato digestivo, sólo se aprecia el estado congestivo e inflamatorio de ambas amígdalas; del circulato-

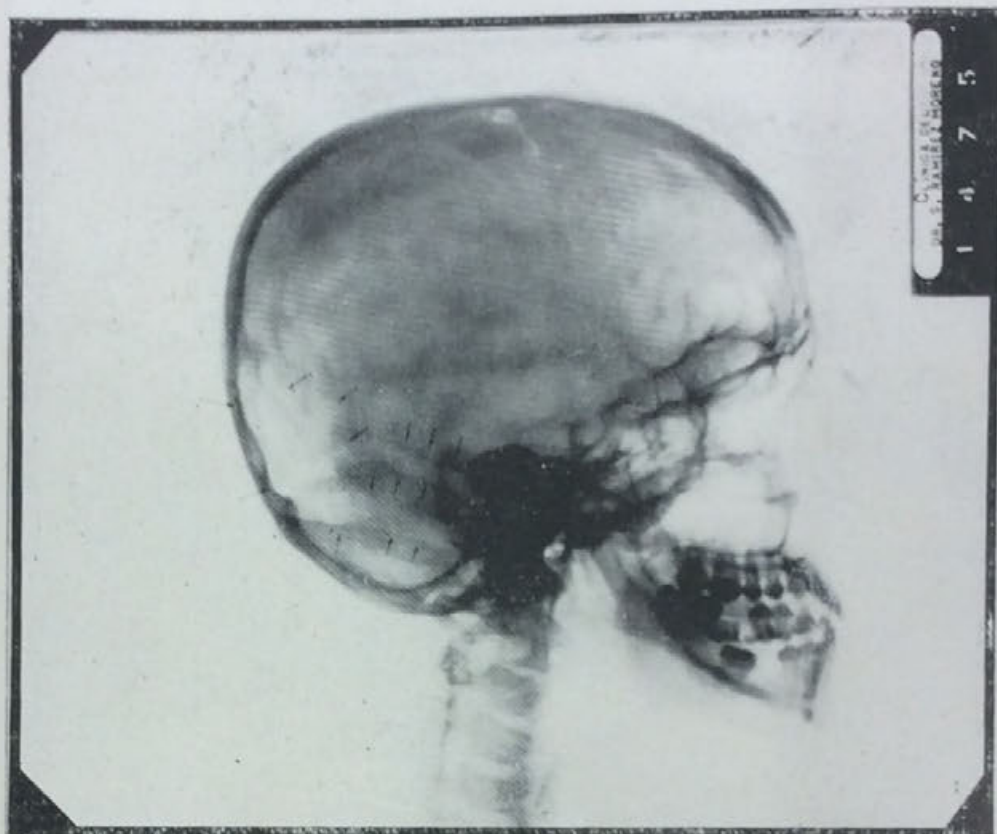


Fig. No. 2.—“En la región posterior se proyecta la presa de Herófilo, muy dilatada, de la que parten ambos senos laterales, los que a su vez corren hacia los agujeros desgarrados posteriores”.
Nótese la profunda huella que ha excavado el seno lateral izquierdo en la tabla interna de la región de la protuberancia occipital interna.

rio igualmente sin particularidad alguna; pulso de 78 por minuto, ruidos cardíacos normales, así como la tensión arterial. Igualmente resultados correctos en el examen del aparato respiratorio y genital.

Los exámenes de laboratorio fueron los siguientes:

Materias fecales: examen químico, normal; parasitológico, negativo. Este estudio fué hecho en dos ocasiones con

los mismos resultados respectivamente por los Drs. Luis Benítez Soto y Luis Gutiérrez Villegas.

Examen del líquido céfaloraquídeo, normal (Dr. Gutiérrez Villegas).

Examen del fondo del ojo, normal (Dr. Fernández McGregor).

Examen de la orina, normal (Dr. Gutiérrez Villegas).

Por lo expuesto, de todo el examen realizado en la enferma, sólo se encuentra un síndrome epiléptico referido exclusivamente a las crisis convulsivas y un proceso de amigdalitis crónica.

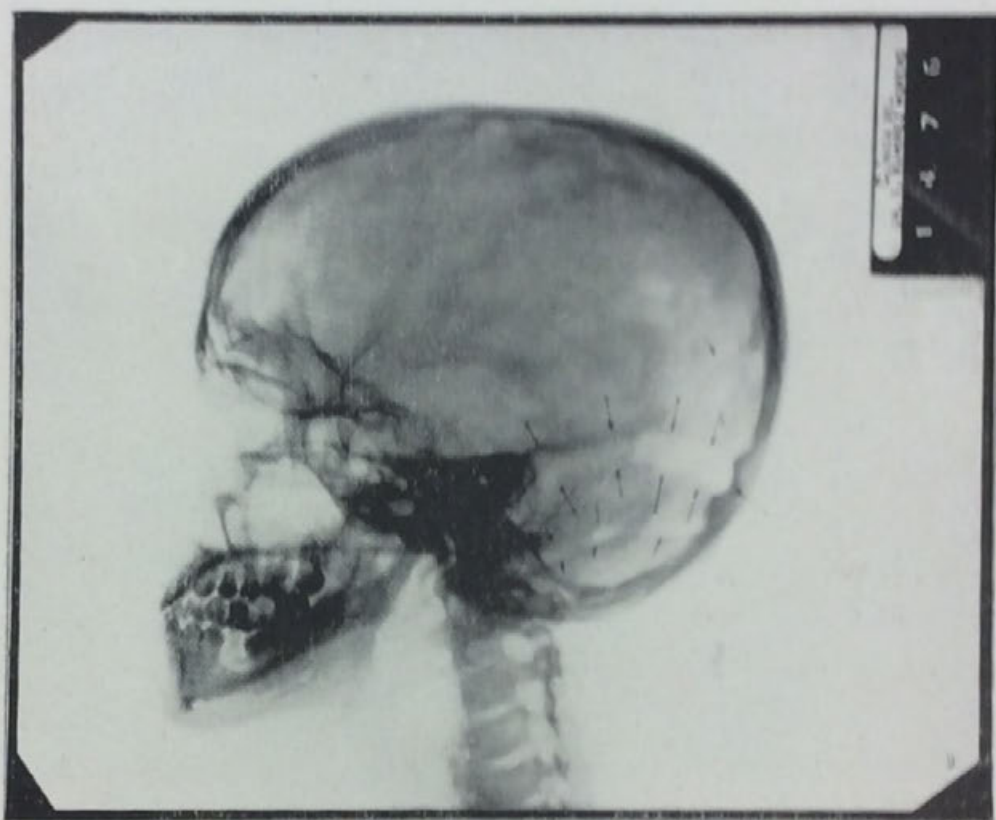


Fig. No. 3.—“En esta radiografía se aprecia con más claridad el seno lateral derecho, el que tiene un calibre menor que su homólogo izquierdo. Este hecho permite afirmar que la circulación venosa se hace más defectuosa en el lado izquierdo”.

Con los escasos datos, no nos era factible poder encontrar el factor etiológico y patogénico del cuadro nervioso; pero siguiendo el plan que nos hemos trazado de estudiar en todo epiléptico —dentro de lo posible, sobre todo cuando no hay datos etiológicos precisos—, el examen radiográfico del cráneo, simple o por medio de la encéfalografía, practicamos

el primero de éstos en nuestra enfermita y fuimos sorprendidos por encontrar alteraciones vasculares extraordinariamente importantes, como se pueden apreciar en las radiografías.

En efecto, en las figuras se aprecia claramente un síndrome de hipertensión craneana caracterizado por la gran visibilidad de las eminencias mamilares e impresiones digitales de la tabla interna de los huesos craneanos; pero lo más notable, es el aumento de volumen de los senos laterales y el de la presa de Herófilo, lo cual constituye verdaderos aneurismas de estos vasos.



Fig. No. 4.—“Después del tratamiento.—Nótese la disminución de la hipertensión, y de la dilatación de la presa”.

El estudio de la interpretación radiológica hace pensar que estas dilataciones aneurismáticas venosas son probablemente la consecuencia de un proceso que dificulta la circulación venosa cráneo-cerebral, abajo del agujero rasgado posterior izquierdo de preferencia, lo que además de haber favorecido la dolencia aneurismática de la presa de Herófilo, y de los senos laterales, origina un síndrome de hipertensión craneana.

Creemos fundadamente que este último síndrome sufre modificaciones paroxísticas y es el factor etiológico del cuadro convulsivo epiléptico en el caso que nos ocupa.

Sin embargo, como no se podría explicar el motivo que ha originado la dificultad de la circulación de vuelta, creando una congestión pasiva del cerebro, creímos pertinente hacer la indicación de que se le hiciera a la enferma la amigdalectomía. El especialista que practicó la intervención al extirpar

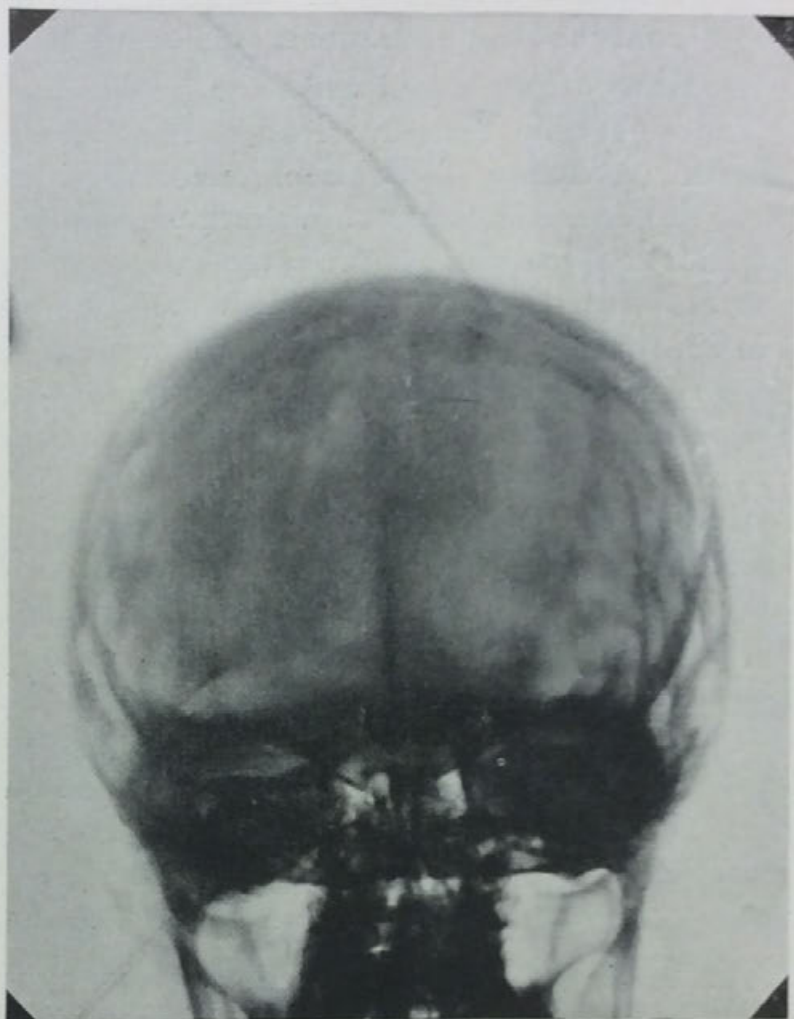


Fig. No. 5.—“En esta posición también se nota la mejoría después del tratamiento”.

las amígdalas encontró un proceso purulento en las fosetas amigdalianas que trató y desinfectó convenientemente.

Quince días después observamos a la enferma, la cual ha mejorado considerablemente de sus ataques, y por las nuevas radiografías tomadas hemos podido apreciar la disminución del proceso aneurismático.

Aunque la patogenia de este caso no es muy fácil de explicar, consideramos, sin embargo, que la relación entre la amigdalitis y la congestión cerebral con el aneurisma es evidente, como que estos últimos han desencadenado las convulsiones epilépticas, pues la extirpación de las amígdalas y la desinfección del foco flegmático ha mejorado el síndrome neurológico y el estado anatómico de los vasos cerebrales.

Algunos autores se han ocupado de las epilepsias motivadas por alteraciones circulatorias cerebrales independientemente de las consecutivas a hemorragias cerebrales.

Con el nombre de *epilepsia cardíaca*, se ha descrito por: Lemoine, Oddo Mattei, Euziere, Pajez, Marchand Fielhod, etc., síndromes convulsivos epilépticos en el curso de algunos padecimientos del corazón, tales como enfermedades mitrales, insuficiencia aórtica, los que según estos autores originan deficiencias en la nutrición neuronal por las irregularidades circulatorias cerebrales; también se han observado epilepsias en el curso de las hipertensiones arteriales; de congestiones activas (Trousseau, Feré, Levín) y Laignel-Labastine con Logre, observaron accesos comiciales que aparecían durante la aplicación del oscilómetro en un enfermo cuya tensión máxima era de 24, pero que bajaba a 0, el cual tuvo una crisis, primero cuando se le tomó del lado izquierdo y después del lado derecho. Tales accesos se debían, según los observadores, a claudicación cardiovascular (síndrome de Stokes Adams).

Meige, ha relatado casos interesantes en traumatizados de guerra, en quienes aparecían crisis epilépticas cuando han tenido alteraciones en su irrigación sanguínea intracraneana, y Leriche ha podido observar serias alteraciones vasculares del cerebro durante una crisis epiléptica, de tal modo que en la actualidad se considera que en el momento de una crisis convulsiva hay siempre alteraciones circulatorias, para unos, de carácter anémico por vasoconstricción arterial (Astley, Cooper, Tarvers, Marshall-Hall, Nothnagel, Brown-Sequard, Jonnesco, Jaboulay, Tinel, Walther, Lesniowski) y para otros, por procesos congestivos (Levín, Ceré, Cogér, Alexander, etc.)

En nuestro caso es entonces explicable que existiendo hipertensión craneana por congestión del encéfalo y habiendo seguramente intermitencias en aquélla, se favoreciesen los ataques epilépticos. La dificultad en la circulación de vuelta,

además de producir la congestión, originó las dilataciones aneurismáticas de la Presa de Herófilo y del seno lateral y todo esto fué motivado, sinó totalmnte, sí por lo menos en parte por la amigdalitis crónica, pues como ya se indicó, después de la intervención han desaparecido los ataques y se han hecho más benignos, y radiográficamente se han reducido los aneurismas.

SINERGIA TERAPEUTICA

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

1º CINAMEINA
(Cinamelna Total)

2º CANFOLINA
(Carforato de Colina)



**AUTO-DEFENSA DEL ORGANISMO
PRETUBERCULOSIS**

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

Usese por prescripción Médica

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

Prop. No. 8510

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

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.

Eric. 3-41-31

Mex. L-76-56

Plaza de la República No. 52

MEXICO, D. F.

NEUROTONINE

Registro No. 15314

SEDANTE HIPNOTICO ANTIESPASMODICO

FORMULA :

Sal Sódica de ácido Dietilbarbitúrico. 3.00
Extracto de raíz de Valeriana fresca 97.00

Utilísimo en Insomnios, Agotamiento Nervioso,
Espasmos, Estado de Ansiedad, etc., etc.

DOSIS :

Sedante.—Media cucharadita cafetera por la mañana y una o dos por la noche.

Hipnótica.—Una a tres cucharaditas por la noche al acostarse.

LABORATORIOS "GAVRAS", PARIS

Representantes para la República Mexicana:

JUAN DE OLLOQUI

Antonio Sola No. 58.

México, D. F.

SIFILIS HEREDO SIFILIS

TRATAMIENTO DE ASALTO
Y DE CONSOLIDACION

PALUDISMO ARSAMINOL

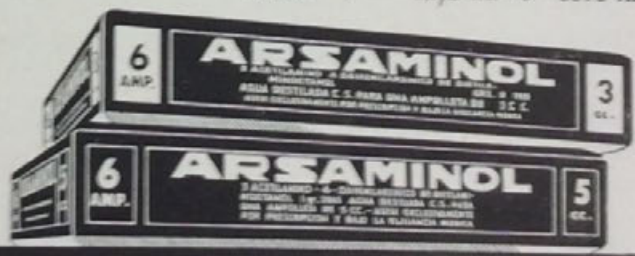
Inyecciones intramusculares y subcutáneas indoloras

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

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

DOS FORMAS

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



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

Doctor Carlos Pavón 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.

Génova No. 39.

Tels.: 4-20-62 y L-72-30

Dr. Jorge Torres Martínez

CIRUJANO DENTISTA.

Av. Hidalgo No. 19.

Teléfono: L-33-15

Dr. Guido Torres Martínez

Rayos X. Terapia profunda.
Electropirexia

Londres No. 13.

Teléfonos:
Eric.: 4-65-66 Mex.: L-72-68

Dr. Guillermo Dávila G.

Enfermedades Nerviosas y
Mentales

Regina No. 58.

Teléfonos:
Eric. 2-69-39. Mex. J-14-41.

Cirugía nerviosa de la constipación

Por el Dr. CONRADO ZUCKERMAN

La cirugía funcional adquiere cada día mayor auge y el cirujano, como todo médico, debe tener no solamente amplísima base anatómica sino todavía más amplia comprensión de los problemas fisiológicos.

Esta cirugía tiene además de sus indudables ventajas, por restituir el equilibrio fisiológico, la de ser casi siempre menos traumatizante y más tolerable.

Sin embargo, en la actualidad se camina en medio de cierta obscuridad en lo que se refiere a la anatomía y a la fisiología nerviosas y por ello una de las cirugías más difíciles es la que se ocupa de las intervenciones sobre el sistema nervioso órgano-vegetativo.

Es a la *cirugía nerviosa órgano-vegetativo del intestino grueso* a la que vamos a referirnos.

El intestino grueso es un órgano en el que la función motora es primordial y a este respecto debemos recordar que los movimientos intestinales pueden efectuarse aunque dicha víscera sea enervada. En las paredes mismas del intestino se produce el movimiento y se afirma que nace en los plexos nerviosos intraparietales y en el tejido muscular de aspecto embrionario.

Se asegura que es posible la contracción rítmica del músculo intestinal aun suprimiéndose la excitación nacida de los plexos nerviosos parietales.

Pero si el intestino enervado es capaz de moverse y aún de hacerlo rítmicamente, en el estado normal es el sistema nervioso órgano-vegetativo el encargado de dirigir, de modificar las funciones motoras intestinales.

Propiedad de la
Academia N. de Medicina
de México

Se han descrito en el trayecto del intestino grueso diversos engrosamientos de la capa de fibras musculares lisas circulares y a ellos se les ha denominado esfínteres; anotándose uno en el cólon ascendente, uno o dos en el transverso, uno en el descendente y sobre todo dos claramente individualizados situados el primero en el principio del recto, *es el esfínter pelvirrectal*, y el otro en la terminación del recto, *es el esfínter interno del ano*. Además existe el esfínter estriado, externo del ano.

Estos esfínteres tienen gran importancia para facilitar o para dificultar el tránsito de las materias intestinales, y a su estado de hipertonia o de relajamiento se atribuyen modificaciones en el tránsito intestinal.

La inervación del intestino proviene de los plexos prevasculares colocados adelante de los grandes vasos en el abdomen, señalándose que la correspondiente al ciego, apéndice, colon ascendente y mitad derecha del transverso corresponde al plexo mesentérico superior; la de la mitad izquierda del transverso, colon descendente, sigmoides y parte superior del recto emana del plexo mesentérico inferior, y la correspondiente a la parte inferior del recto nace en el plexo presacro.

Los plexos prevasculares abdominales están constituidos por hiletos nerviosos simpáticos para-simpáticos y la inervación del intestino es doble, simpática y para-simpática.

Los hiletos para-simpáticos provienen de los vagos a partir de la terminación de estos nervios en el plexo solar.

Los hiletos simpáticos provienen de las cadenas simpáticas torácicas y lumbares, pasando los de origen torácico a través de los esplácnicos (mayor, menor y accesorio) que terminan en el plexo solar, y los que provienen de las cadenas simpáticas lumbares siguen las anastomosis, llamadas nervios esplácnicos abdominales, que terminan en los plexos mesentéricos.

La acción nerviosa órgano-vegetativa sobre los movimientos del intestino, de acuerdo con el estado actual de nuestros conocimientos, puede afirmarse que se efectúa mediante *acción excitadora vagal y moderadora simpática*.

La mayoría de las operaciones a que vamos a referirnos se basa fundamentalmente en cuatro hechos:

1o.—Que el intestino se contrae rítmicamente cuando es enervado.

2o.—Que la excitación simpática causa en el intestino moderación en los movimientos y por lo tanto retardo en el tránsito.

3o.—Que la excitación para-simpática motiva en el intestino aumento de los movimientos peristálticos y por lo tanto acelera el tránsito, y

4o.—Que la *parálisis del simpático abdominal produce relajación de los esfínteres*, sobre todo del pelvirrectal y del interno del ano y por lo tanto queda facilitado el paso del contenido intestinal.

La supresión de la inervación simpática del intestino dejaría en libertad la acción excitadora motriz del para-simpático y además relajaría los esfínteres; todo ello produciendo aceleración en el tránsito de las materias contenidas en los colons. En estos hechos está fundada la *cirugía nerviosa de la constipación*.

Desde el punto de vista clínico, la cirugía de la constipación no fué el resultado únicamente de los conocimientos antes anotados sino que hubo hechos fortuitos que permitieron su progreso. Las simpatectomías abdominales y lumbares hechas para tratar padecimientos ginecológicos, hipertensión arterial y padecimientos de los miembros inferiores dieron a conocer la acción que sobre la movilidad del intestino tiene la supresión de los nervios simpáticos que van al intestino.

Las diversas operaciones que hemos efectuado en el tratamiento de los constipados crónicos rebeldes (no de enfermedad de Hirschprung) han sido las siguientes:

Enervación del intestino en sus pedículos:

Resección de los plexos mesentéricos y presacro; a la resección del mesentérico inferior y del presacro, algunos autores denominan operación de Rankin y Learmonth;

Resección de los nervios espláncnicos abdominales, es decir de las anastomosis que unen las cadenas simpáticas lumbares a los plexos mesentéricos;

Resección de las cadenas simpáticas lumbares del segundo al cuarto ganglio;

Resección de los espláncnicos y del primero y segundo ganglios simpáticos lumbares.

Las observaciones efectuadas hasta la fecha, desde el punto de vista operatorio, son veinte y solamente se han operado estreñidos cuyo padecimiento era intenso, crónico y re-

belde a todas las medidas higiénicas, fisioterápicas y medicamentosas.

Las indicaciones clínicas para cada una de estas operaciones se fundan en las variantes de cada caso: constipaciones totales, derechas, izquierdas, disquexia, constipaciones dolorosas, indoloras, atónicas, con adherencias intestinales, con espasmos, etc.

Las operaciones efectuadas han sido como sigue:

En la observación número uno, resección de los nervios de los pedículos del colon sigmoideo y descendente, y resección del plexo mesentérico inferior;

En la observación número dos, resección del plexo presacro, del mesentérico inferior y del intermesentérico;

En la número tres, resección del presacro y del mesentérico inferior;

En la número cuatro, resección de los nervios de los pedículos del colon descendente y del sigmoides;

En la número cinco, simpaticogangliectomía lumbar izquierda;

En la número seis, simpaticogangliectomía lumbar derecha;

En la número siete, resección de los nervios de los pedículos del descendente y del sigmoides;

En la número ocho, resección de los nervios de los pedículos del sigmoides y simpaticogangliectomía lumbar izquierda.

En la número nueve, resección de los nervios espláncnicos abdominales, es decir de las anastomosis que van de las cadenas simpáticas lumbares a los plexos prevasculares del vientre;

En la número diez, resección del plexo presacro y mesentérico inferior y simpaticogangliectomía lumbar izquierda;

En la número once, simpaticogangliectomía lumbar derecha;

En la número doce, simpaticogangliectomía lumbar derecha;

En la número trece, simpaticogangliectomía lumbar derecha;

En la número catorce, simpaticogangliectomía lumbares derecha e izquierda;

En la número quince, simpaticogangliectomía lumbar derecha;

En la número dieciséis, resección de los esplácnicos y del simpático lumbar izquierdo;

En la número diecisiete; resección de los plexos presacro, mesentérico inferior e intermesentérico;

En la número dieciocho, resección del plexo presacro, mesentérico inferior y simpatigangliectomía lumbar izquierda;

En la número diecinueve, resección de los esplácnicos y de la cadena simpaticoganglionar del lado izquierdo;

En la número veinte, resección de la cadena simpaticolumbar derecha.

De estas veinte observaciones, la última, es decir, la número veinte, podemos considerarla hasta la fecha como fracaso; de las otras diecinueve, doce pueden considerarse como resultados magníficos, cuatro como resultados buenos, y tres como medianos.

REG. N° 7168 D.S.P.



**PEPTONA - BOLDO -
SULFATO DE MAGNESIA**

PEPTOCHOHOL
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 María Contreras 26
Prop. núm. 13156



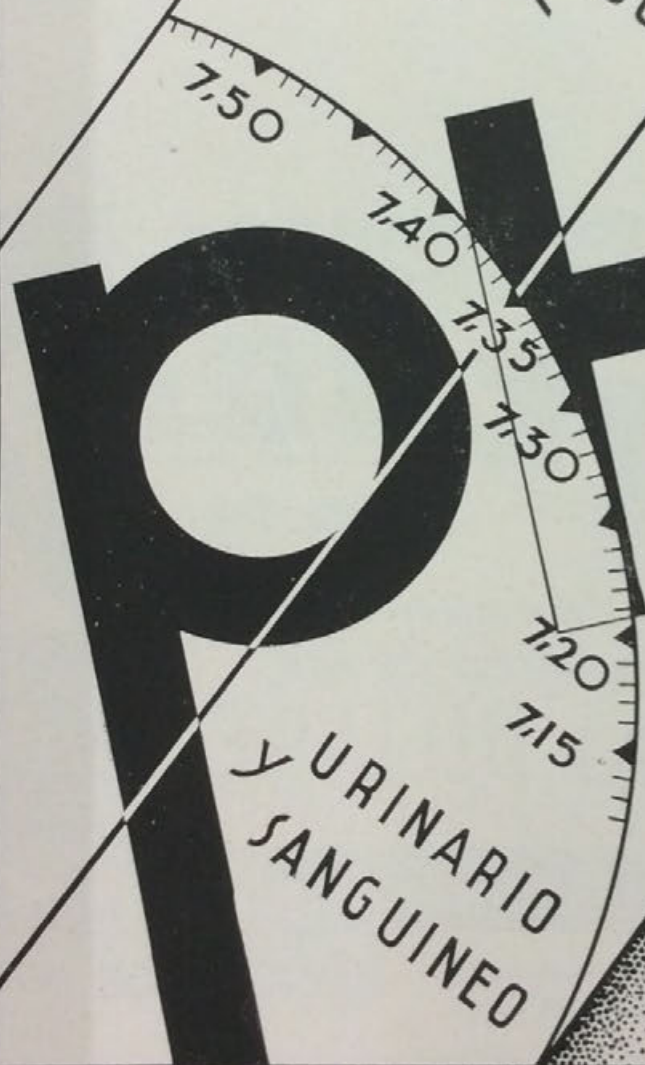
RECONSTITUYENTE FOSFORADO
UTIL COMO
TONICO NERVIOSO Y GENERAL
AUXILIAR POR SUS PROPIEDADES EN LAS
PERTURBACIONES DE LA NUTRICION



DISPEPSIAS
FOSFATURIA
DERMATOSIS
CIERTAS JAQUECAS
PRETUBERCULOSIS
NEURASTENIA
INAPETENCIA

ciertas formas de
REUMATISMO CRONICO
ciertas
CONVALENCIAS

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.

Aportación a la Casuística de las Seudopercepciones

Por el Dr. JUAN PEON DEL VALLE

EN agosto de 1938 se presentó en la consulta de neuropsiquiatría del Hospital Béistegui un sujeto de estatura mediana, delgado, pálido, afecto de calvicie y representando una edad cercana a los 45 años; aunque después dijo tener 39, se comprende que represente mayor edad por su aspecto enjuto, cetrino, desprovisto de cabellos y de muchas piezas dentarias, y por la vida de intensa lucha que ha tenido.

Relató que hacía precisamente un año, y hallándose en estado de buena salud aparente, al pasar por una calle, estuvo a punto de ser atropellado por un automóvil, y al tratar de esquivar a éste, se dió un fuerte golpe contuso contra un poste, en la región frontal y superciliar del lado izquierdo. Cayó sin conocimiento, y, al recobrarlo hasta el día siguiente, encontró que estaba en su cama.

Conviene advertir que el sujeto es casado, viviendo su esposa en la ciudad de Tampico, con su familia, por razones económicas; mantiene correspondencia con ella.

Es taquígrafo, pero en la época del traumatismo no tenía trabajo profesional, sino que trataba de patentar un foco o bombillo antideslumbrante para automóviles con la esperanza de mejorar sus ingresos.

Desde el momento en que recobró el conocimiento, le llamó la atención escuchar voces dentro de su habitación, sin que hubiera nadie. Poco a poco se precisaron esas voces y reconoció las de unos vecinos, que eran una señora, una señorita hija de ella y dos jóvenes también hijos de la misma. Parte de las habitaciones de esa familia se veía desde la del enfermo. A éste le extrañó escucharlas dentro de su alcoba y

pensó que se trataba de un fenómeno acústico desconocido para él.

En cuanto pudo salir del aposento, lo hizo, pareciéndole que al abandonar la habitación dejaba de oír las voces. Pero, consultando su caso, comprendió que era un fenómeno patológico. Teniendo días después necesidad de salir a la calle, se dió cuenta que las voces lo seguían por donde quiera que fuese y esto lo afirmó en la idea de que se trataba de algo anormal en él. Enseguida lo relacionó con el traumatismo y tuvo la impresión de que percibía esas voces del lado izquierdo.

En un principio había pensado que pudiera tratarse de un fenómeno similar al de la telepatía. Una noche, estando solo en su recámara, percibió las voces de sus vecinos, cuyas piernas alcanzó a ver por la ventana, y oyó que decían que era un hombre inútil, juerguista, etc., y que iban a asesinarlo.

Esto, lejos de dar origen o acompañarse de una idea errónea y aun delirante como es lo común, lo hizo pensar que "todo era alucinatorio", ya que esos vecinos, a los que trataba superficialmente y en buenas relaciones, aunque sabían que era de conducta un tanto disoluta, no tenían motivo para expresarse tan duramente de él, ni eran personas que pudieran sospecharse fueran capaces de cometer un homicidio.

Desde entonces hasta hoy, siempre, continuamente, escucha esas voces. Una de ellas es la que predomina en frecuencia, y es la que él identifica como igual a la de uno de sus jóvenes vecinos. El contenido de lo que le dice son generalmente insultos y siempre comentarios deprimentes, pero, además, con esta voz percibe el fenómeno llamado del *eco del pensamiento* y del *robo del pensamiento*. Casi siempre la voz repite inmediatamente después y con toda exactitud lo que el sujeto pensó, y otras veces se anticipa; el enfermo tiene la impresión de que la voz "se le adelanta" y le dice su propio pensamiento. Cree por esto que todos estos fenómenos están en él, que siempre es él mismo. Otra de las veces es la del otro joven, y ésta se concreta a insultarlo, contradecirlo, o agraviarlo a la par de la otra voz. La tercera, menos frecuente, es la voz de la señora mencionada antes, y lo más amenuado oye que dice: "Pobre hombre, no lo atormenten, no es tan malo" o cosas por el estilo. Al principio, cuando estas tres voces no se habían precisado ni estereotipado, cree el enfermo

que también oía la de la señorita hermana de los jóvenes; de esto no puede dar más informes.

Cuando está interesado en alguna lectura, o durante las conversaciones, cuando escucha a su interlocutor o habla él mismo, entonces sólo oye el "run-run". De la misma manera, cuando está en el cinema o en el teatro, no deja de oír el murmullo. Durante la noche, difícilmente puede conciliar el sueño, y ha llegado a desear la muerte para librarse. Algunas veces ha recurrido al pueril consuelo "de la venganza", contestando denuestos e imprecaciones a sus insultadores. El comprende que no tienen personalidad, que es él mismo, tanto que cuando desea abandonar tal o cual asunto, son "las voces" las que se lo recuerdan, como cuando se quiere rechazar un pensamiento molesto o inútil, o el sonsonete de una canción aburrida, pero vuelve a importunar obstinadamente. Es más, rehuye la lectura de libros de espiritismo por temor a impresionarse, y piensa que estas "alucinaciones" no lo han "acabado de volver loco" gracias al convencimiento que tiene de que es un fenómeno patológico. Por otra parte, nadie se ha dado cuenta de sus excepcionales desahogos.

Siéndole imposible trabajar como taquígrafo, ahora desempeña el cargo de inspector en las líneas de camiones de pasajeros urbanos.

Los desórdenes sensoperceptivos de este sujeto son pues cualitativos, auditivos, diferenciados, bilaterales (eran subjetivamente unilaterales izquierdos mientras el enfermo relacionaba todo con el traumatismo, y eran solamente en su habitación mientras creyó que se trataba de fenómenos de resonancia). Ocupan continuamente, la atención marginal, entorpeciendo y haciendo fatigable la focal.

Se comprende que este individuo haya procurado todos los medios para aliviarse. Los sedantes que le recomendaron algunos médicos no obraron ni como paliativo. En cambio, la psicoterapia ha conseguido afirmarlo para circunscribir todos los desórdenes a la esfera perceptiva. Relató también que se sometió a un hipnotista médico, pero no pudo ser dormido. En otras ocasiones recibió yodo, fósforo, calcio y sulfato de benzedrina, en diversas prescripciones de varios médicos.

Se le practicó una reacción de Bordet-Wassermann en el suero sanguíneo, con resultado negativo, a fines de 1937. No hay antecedentes de sífilis, tuberculosis, alcoholismo, nar-

comanías ni ninguna otra toxicomanía; existe tabaquismo moderado. Los antecedentes heredo-familiares y personales no proporcionan datos clínicos positivos.

Se reproducen aquí tres craneografías hechas en el Hospital General por la misma época (Figs. I, II y III). Se in-

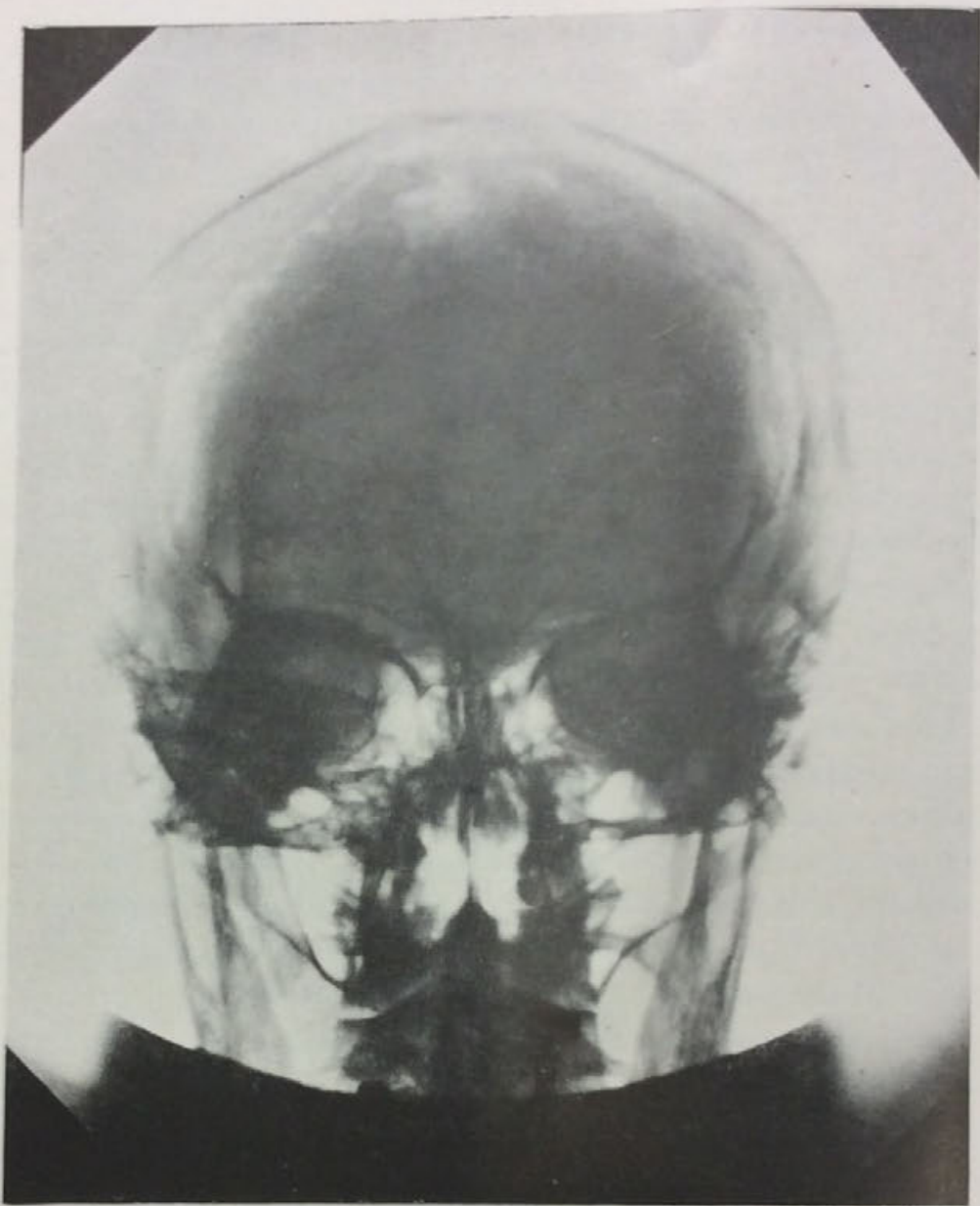


Fig. I

volucra la interpretación de ellas en la de las ventriculografías practicadas recientemente y cuyos grabados aparecen sucesivamente (Figs. IV, V y VI).

Entre los datos de gabinete y laboratorio, ameritan citarse los siguientes:

Líquido céfalo-raquídeo remitido por el Dr. Juan Peón del Valle el 21 de septiembre de 1938, perteneciente al Sr. N. N. Tensión inicial: 38 cm. sentado, con el manómetro de Claude. Líquido claro, agua de roca. Número de leucocitos: 0 en 5 mm³. Albúmina: Ogr2 por 1000 c.c. de LCR. Globulinas: Reacción de Pandy, muy ligeramente positiva; reacciones de



Fig. II

Weibrochdt y de Nonne Apelt, negativas; reacción de Marchionini, 1 c.m.:1. Reacción del oro coloidal, 000 111 0000. Reacción del mastic bicolorido, 210 000 0000. Reacción de Bordet-Wassermann desde 0.1 c.c. hasta 1 c.c., negativa, con antígeno Bordet-Ruelens, técnica Kolmer. Reacción de Müller (B. R. II), con 0.6 c.c. y con 1 c.c., negativa. Los datos

recogidos no indican reacción meníngea de origen luético.
Dr. Alberto Lezama.

Estudio encefalográfico hecho el 19 de septiembre de 1938 al señor N. N. por los Dres. Teodoro Flores Covarrubias y C. Chamarro en la Clínica del Dr. Samuel Ramírez Moreno, por orden del Dr. Juan Peón del Valle.

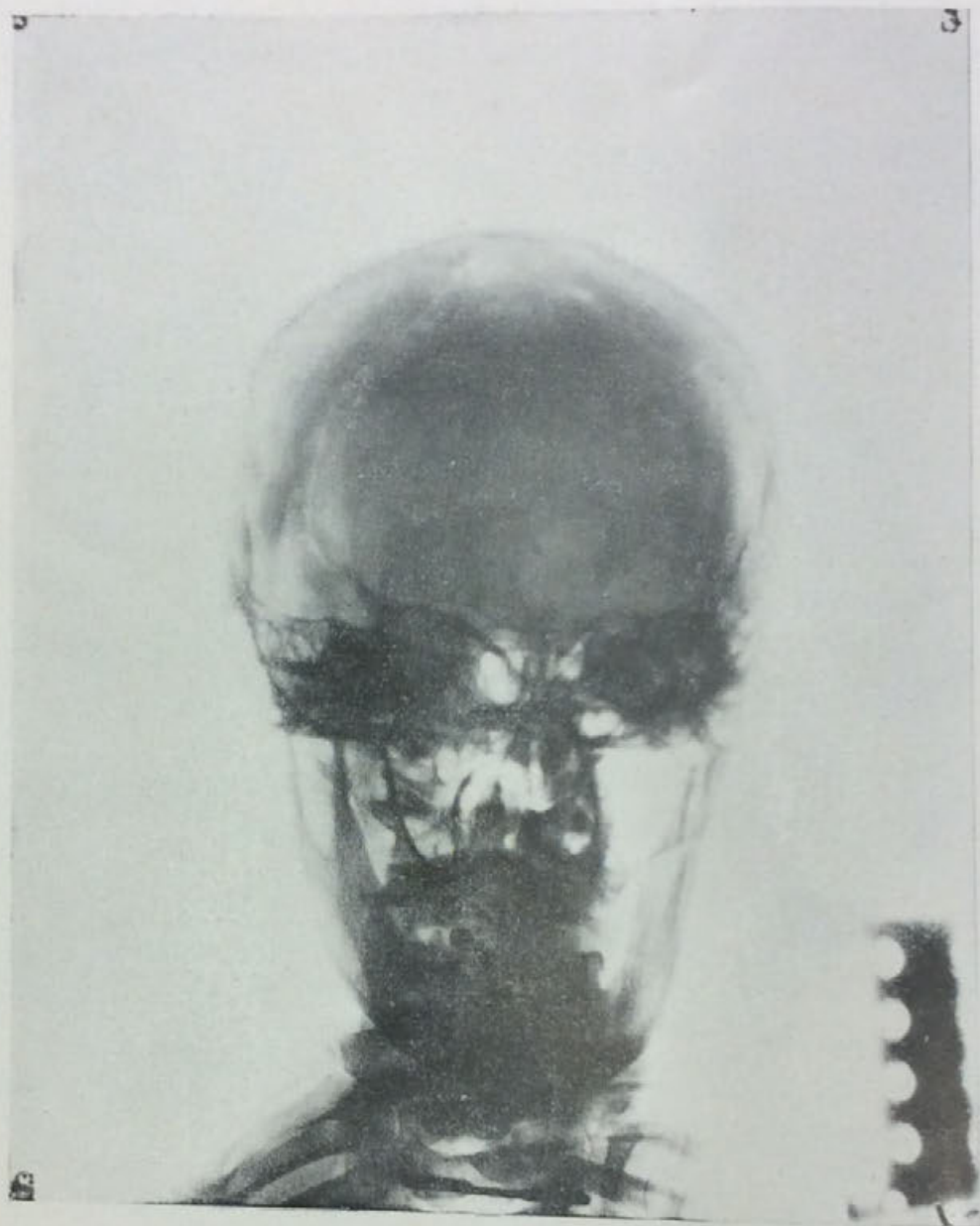


Fig. III

DATOS DE LA TECNICA OPERATORIA

Punción raquídea lumbar.

Tensión inicial del líquido céfalo-raquídeo: 25 cm. de agua, según raquimanómetro de Claude.

La tensión del LCR. subió a 38 cm. de agua en el lado derecho y a 35 cm. en el izquierdo después de la maniobra de Brink. La tensión del LCR. subió a 42 cm. de agua, después de la maniobra de Quenkestedt.

Posición, sentado. Método, fraccionado.

Inmediatamente se tomaron las radiografías de cráneo Nos. 1518 en posición lateral izquierda-placa (Fig. IV); 1519, frente-placa (Fig. V), y 1520, occipucio-placa (Fig. VI).

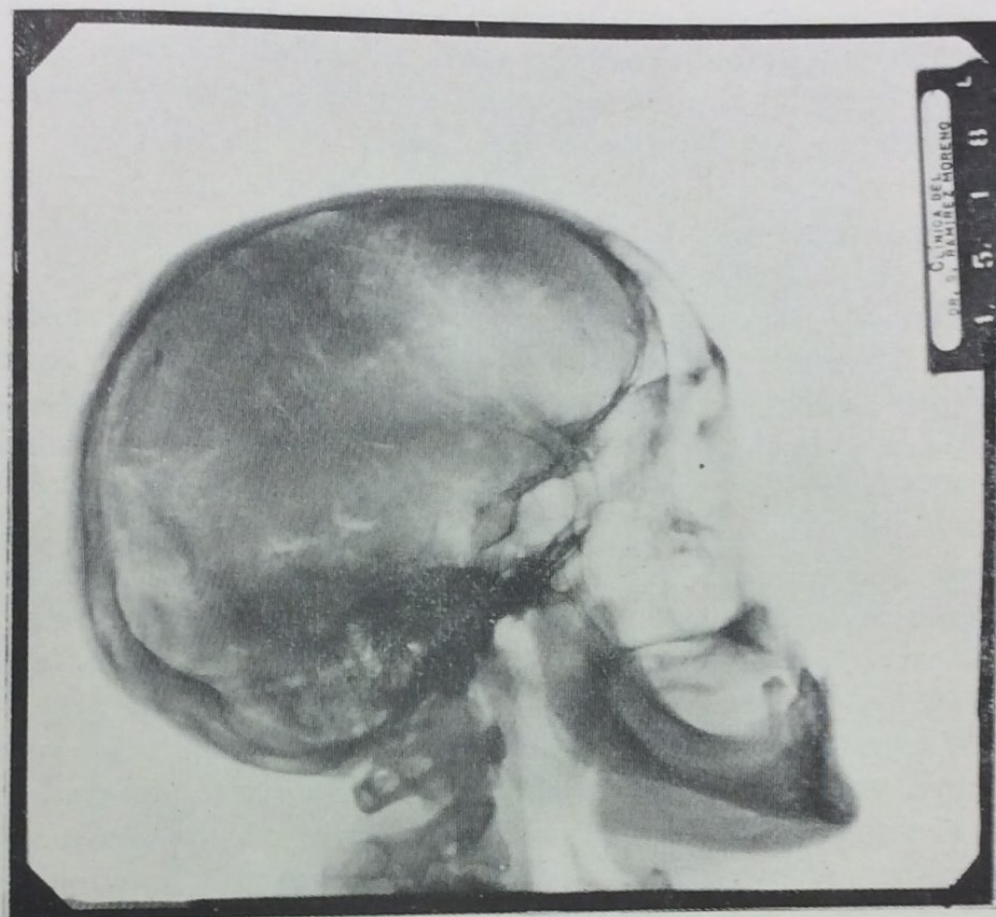


Fig. IV

INTERPRETACION RADIOGRAFICA

Respecto de las porciones óseas de este cráneo, pueden citarse las siguientes anomalías: los senos paranasales son muy amplios, aunque se encuentran vacíos. Otro tanto puede decirse de los senos esfenoidales. La silla turca es de forma ligeramente *aplanada*, y los bordes libres de las apófisis clivoides, lo que indica *permeabilidad de los agujeros de Luschdan muy cercanos el uno del otro, dando un conjunto muy cerrado del órgano.*

El aire penetró perfectamente en los espacios subarac-

noides, lo que indica *permeabilidad de los agujeros de Luschka*. Los detalles anatómicos de aquéllos, rivi, rivuli y grandes lagos, se aprecian bien y de distribución normal.

El ventrículo medio es también visible, lo que indica *permeabilidad del agujero de Magendie*. En cambio, los ventrículos laterales *casi no se proyectan*, y sólo en la encéfalo-grafía en posición occipucio-placa difícilmente se nota parte del ventrículo lateral izquierdo.

Como las partes visibles del sistema ventricular, aunque muy poco proyectado en la imagen, no se encuentran desviadas, hay derecho a pensar en una *obstrucción de los agujeros de Monro, especialmente el izquierdo*.

El comentario que puede hacerse a la exposición de este caso, es de índole presuncional.

Uno de los factores que pueden determinar el automatismo del centro perceptivo de la palabra hablada, es la mala nutrición neuronal. Ya desde fines del siglo pasado refería el Dr. Marie que cuando naufragó y se encontraba en la inanición, el susurro del viento lo hacía escuchar murmullos de voces y le parecía que los marineros lo insultaban. En algunos sujetos que se someten a ayunos prolongados, no tardan en presentarse alucinaciones. Ahora bien; la nutrición del encéfalo está condicionada por sangre, linfa y líquido céfalo-raquídeo. En el sujeto tratado aquí la irrigación sanguínea pudo ser perturbada transitoriamente o estorbada permanentemente a partir del traumatismo. Por otra parte, la conformación anatómica del sujeto, la obstrucción de los agujeros de Monro por procesos exudativos, o de absorción, cicatrización, malformación, etc. (no hay derecho para escoger ninguno de ellos, pero sí a admitir uno o varios de esos factores), privan de elementos asimilativos de necesidad absoluta para la fisiología cerebral normal, especialmente por mala circulación e intercambios físico-químicos del LCR, en partes del cerebro vecinos a los centros auditivos. Los factores psicógenos son de desecharse como causa eficiente, por la categoría de los fonemas, pero dan cierto matiz al cuadro revelando complejo de inferioridad y lucha intrapsíquica.

Aunque el sujeto ha tenido épocas de trabajar en un invento, como se mencionó antes, si hubiera el menor indicio de personalidad paranoide (temperamento, carácter y constitución), nada más oportuno para desarrollar una delusión

que el síndrome alucinatorio. Sin embargo, el enfermo, con más control conciente aún que el que hay en la alucinosis alcohólica por ejemplo, ha mantenido el automatismo auditivo en los límites precisos.

No se trata en este enfermo de imagen pseudoalucinatoria, pues no hay en los fenómenos auditivos falta de vivacidad,



Fig. V

ni estabilidad intermedia entre las percepciones normales y las representaciones, ni extrayección, ni influenciabilidad, ni creencia parcial en su realidad objetiva; tampoco son alucinaciones hipnagógicas.

No se trata de imagen alucinatoria, pues aunque las manifestaciones son percepciones sin objeto, no son aceptadas por el conocimiento (juicio de realidad). El poder de convencimiento en este sujeto nunca es superior al del promedio de las percepciones ordinarias. (Puede afirmarse que quedó excluída la posibilidad de simulación, disimulación, sobresimulación y aun reticencia).

Distaba mucho más de tratarse de imagen fantástica, autista, confabulatoria u original, de imagen eidética o intuitiva, de imagen onírica, de imagen pareidólica y de imagen cata-tímica o ilusión sensorial.

Indiscutiblemente son pseudopercepciones acústicas, según se entiende esto en la nomenclatura actual. Pero lo notable aquí es que no forman parte integrante de psicosis alucinatoria crónica, parafrenia o síndrome S de Clérambault. En el sujeto tratado aquí presentan los caracteres propios de las que se manifiestan en la constelación esquizofrénica; la nitidez no es tan real como el enfermo la describe, y si al principio decía que eran unilaterales, pronto aceptó que podían ser bilaterales; pronto dejó también de considerarlas fenómenos propios de su alcoba; no precisa si son interiores o extracraneales, y usa los términos "es como si" y "parece que". Por eso presenta también el fenómeno del "eco del pensamiento". No obstante, son más nítidas que las que se observan en las alucinosis, y aun en éstas modifican la conducta del sujeto influenciando grandemente la efectividad y las reacciones conativas.

Lo que llama la atención, pues, en este individuo, es la integridad intelectual, afectiva y volitiva, concomitante a la intensidad y continuidad del fenómeno automático pseudoperceptivo. Jamás ha presentado alucinaciones psicomotrices verbales. Nunca ha admitido algún mecanismo autointerpretativo para el disturbio.

Después de las maniobras para obtener las encefalogramas, se ha presentado y sostenido una atenuación de los fenómenos pseudoperceptivos.

En vista de lo señalado, debe intentarse la estimulación neuronal, si se acepta un trastorno por deficiencia nutritiva o de los intercambios asimilativos. Es una interpretación biopatológica. Forzar la permeabilidad de los agujeros de Monro, por ejemplo con inyecciones de aire, es peligroso. Prefe-

rible sería emplear sustancias que gozan fama (sin razón tal vez) de propiedades estimulantes de la neurona, como el sulfato de magnesio; aunque aquí la vía intra-raquídea sería problemática por estar bloqueada la zona interesada. Las

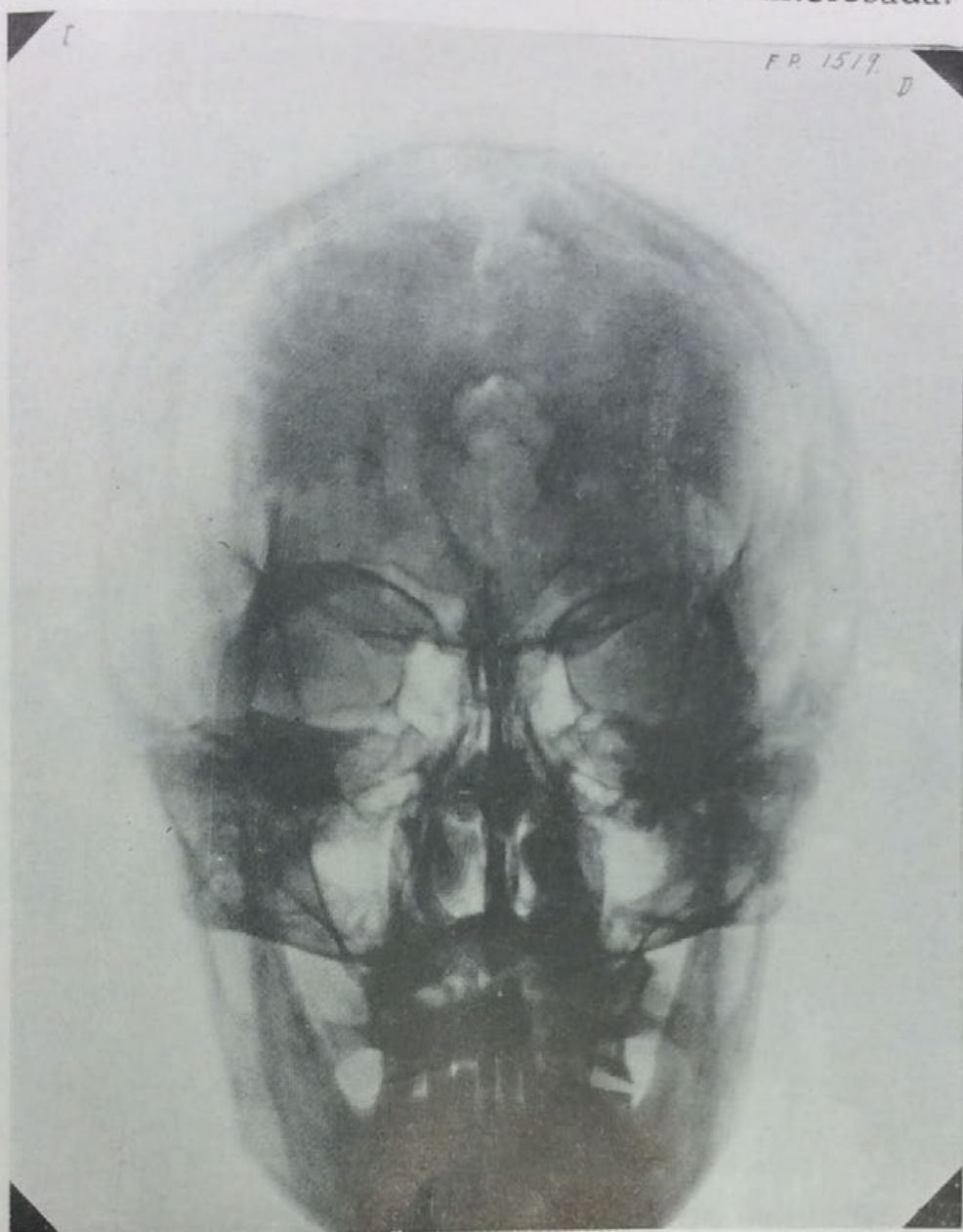


Fig. VI

neurovacunas, los extractos cerebrales, apenas se usan empíricamente. Puede administrarse lecitina, oxidol, vitamina B y, para favorecer los plexos coroides y modificar la ósmosis, inyecciones intravenosas de agua bidestilada.

Se vuelve aquí a la lucha conceptual entre los organicistas (Müller, Meynert, Wernicke, Tamburini, Clérambault),

los eclécticos (Kahlbaum, Séglas, Kandisay, Bleuler, Jaspers) y los psicólogos (Janet, Grasset, Freud, Küppers). Pero, naturalmente, aquí no es posible aceptar que el elemento fundamental radica en la existencia de un falso contenido o dato inmediato de conciencia, que es causa del error; aceptar que lo primario es la caída de nivel de la actividad psíquica sería insuficiente y poco explicable. Admítase que el trastorno sensorio-perceptivo es de razón orgánica, pero no se desarrollaría sin un debilitamiento de la personalidad.

Los psiquiatras prácticos reconocen, Mira y López entre ellos, que es posible, aunque rara, la presentación de fenómenos alucinatorios en personas dotadas de un buen equilibrio afectivo y de inhibiciones poderosas. Solamente por esto se ha creído pertinente exponer este interesante caso clínico.

Sigma
PRODUCTO
Sanyln

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

COMODO, ECONOMICO,
TOLERABLE Y EFICAZ.

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

MUESTRAS Y LITERATURA A
DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS

Úsese exclusivamente
por prescripción y bajo la
vigilancia médica.

NOVAR

LONZOBENZOL

BILLON

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

INYECCIONES
INTRAVENOSAS

Usese 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

Orévill

El Verdadero Motor....



Extracto Antehipofisario Mixto
Inyectable (Gonadestimulina-
Prolans).

Titulada a 1 unidad conejo o
sea 50 unidades ratón o sean
100 unidades fisiológicas por
ampolleta

Reg. No. 17143 D. S. P.
Prop. No. 12712

Usese por prescripción y bajo
vigilancia médica.

Representante
para la República Mexicana:
MAX ABBAT
Lucerna 47 México, D. F.

.....del Sistema Endocrino

MERCUCROMO - OXIFLUORESCEINA

SODICA SALUBLE

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN

Av. Chapultepec, 297

México, D. F.

Unicos distribuidores del poderoso antiséptico

MERCUCROMO - OXIFLUORESCEINA SODICA

Sal purísima controlada química y biológicamente por los
Químicos-Farmacéuticos Manuel Pontones y José A. Senosiain

Frasco de Diez Gramos \$ 1.60

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN

Av. Chapultepec 297.

México, D. F.

Muy señores míos:

Me intereso por la Sol. **Mercucromo-Oxifluoresceina** y deseo se
me remita libre de portes una muestra (frasco de 1 gramo para experimen-
tación).

Nombre.

Dirección.

Estado.

CUPON

REVISTA CLINICA

Observaciones recogidas
en el Sanatorio del Dr.
S. Ramírez Moreno

Por el Dr. CARLOS PAVON A.

PARALISIS BULBAR PROGRESIVA, INFANTIL Y FAMILIAR, CON OLIGOFRENIA ASOCIADA

EL joven G. S. I., de 14 años de edad, escolar, radicado en Tenancingo, lugar de su nacimiento, fué estudiado por primera vez en septiembre del año pasado.

Antecedentes heredo-familiares.—Padres sanos en apariencia y sin antecedentes de importancia; el enfermo ha tenido 7 hermanos, 5 se han desarrollado normalmente desde el punto de vista físico; la hermana menor tiene pie zambo bilateral congénito y el hermano mayor fué víctima de un padecimiento neurológico cuya evolución y sintomatología resultan muy semejantes a las que hoy se observan en el enfermo; los datos retrospectivos que en relación se tienen señalan que aproximadamente a los siete años el hermano comenzó a presentar *torpeza para hablar*, acentuándose progresivamente la dificultad para pronunciar las palabras al mismo tiempo que la voz se hacía ronca y gutural (*disfonía*); posteriormente se instalaron además, *disfagia* y *paresia de los labios y de los músculos masticadores*; el trastorno paralítico invadió progresivamente y de modo sucesivo, los miembros superiores e inferiores, hasta constituirse *cuadriplejía absoluta*; después de 11 años de evolucionar, el paciente falleció con síntomas respiratorios que se presentaron al final.

Antecedentes personales.—Nació a término del cuarto embarazo; el parto fué normal; la dentición, la marcha y el habla se establecieron con oportunidad; desde pequeño se le apreció lentitud en su desarrollo psíquico, que especialmente

se hizo manifiesto en la edad escolar y en comparación con sus otros hermanos algunos de los cuales son inteligentes; hasta los 8 años ingresó a la escuela, pero ha sido muy torpe en su instrucción y ha repetido varios cursos (retardo escolar). En el hogar es desobediente, huraño, violento, irascible, desaseado y poco afectuoso con sus familiares.

Hasta el comienzo de la enfermedad su desarrollo físico había sido correcto; era poco enfermizo y sólo se cita que padeció sarampión a los 6 años; después ha presentado detención en el crecimiento.

La enuresis nocturna persistió hasta la edad de 13 años.

Enfermedad actual.—Su comienzo aparente data de hace 3 años, cuando los familiares comenzaron a notar que el niño presentaba cierta *dificultad para hablar*, "tropezándose" las palabras con frecuencia; con el transcurso del tiempo este trastorno en la emisión de las palabras se hizo más evidente y el enfermo comenzó a quejarse de *dificultad para deglutir los alimentos*.

Estos dos síntomas esenciales han progresado de modo marcadísimo y en la actualidad el lenguaje hablado es casi ininteligible, las palabras son pronunciadas con torpeza, la voz es lenta, débil, expiratoria; por otra parte, la disfagia es ya tan marcada que el enfermo tiene que ayudarse con los dedos para introducirse los alimentos y tomarlos en ocasiones en decúbito dorsal; la masticación se verifica torpemente y de modo incompleto; la saliva se acumula en la boca y sale con frecuencia por las comisuras labiales.

A los trastornos ya señalados hay que agregar, a últimas fechas, la disminución de la agudeza visual y de la audición.

Estudio mental.—Existe un estado deficitario ostensible; las respuestas y conceptos son oligofrénicos; puerilidad mental en sus juegos y conducta; es un sujeto hiperemotivo y miedoso, llora con facilidad cuando lo dejan solo. El estudio psicométrico según la escala Therman proporciona una edad mental de 7 años 6 meses que corresponden a una edad cronológica de 14 años y 5 meses, de donde resulta un estado mental de 7.1 con coeficiente de capacidad intelectual igual a 0.52, cifras que limitan entre la debilidad mental y la imbecilidad.

Inspección general.—Sujeto púber, hiposomático de tipo pícnico; existe desproporción entre su poco desarrollo físico

y el volumen de la cabeza; ofrece una facies especial, mezcla de adenoidea y mixedematosa; por otra parte se nota disminución acentuada de los movimientos automáticos faciales.

Exploración neurológica

Motilidad.—Existe dipleja facial bastante acentuada; casi todos los músculos de la cara ofrecen alteraciones en su función; el enfermo no puede abatir y levantar las cejas, la oclusión de los párpados es incompleta. En donde mayores alteraciones se descubren son en los labios, que con dificultad pueden moverse, no es posible que verifique movimientos de succión, no puede silbar ni soplar, tampoco se consigue efectuar la proyección de los labios (hacer el hocico); la pronunciación de las letras labiales (m, f, p, b, v) y algunas vocales (u, i) se hace con enorme dificultad.

La lengua presenta igualmente paresia acentuada: no puede verificar movimientos de propulsión y retracción; la pronunciación de las letras que dependen en especial de ella, (l, n, r, s, t) es particularmente difícil.

El velo del paladar está caído, átono; la úvula casi toca la base lingual.

Todos los músculos masticadores presentan también alteraciones paréticas; los movimientos de diducción y prensión bucal están muy disminuídos.

Las masas musculares de la cara se notan hipotónicas, flácidas; la lengua está atrofiada; en ella y en los labios se perciben contracciones fibrilares y temblor manifiestos.

Las funciones de prensión alimenticias, masticación y deglución, están profundamente alteradas; para tomar el alimento el enfermo tiene que apoyar las manos en la mandíbula inferior y ayudarse con los dedos para introducirlos en la boca, la masticación es lenta e incompleta, la deglución penosa y se verifica llevando la cabeza hacia atrás; las partículas alimenticias y la saliva salen por las comisuras labiales.

El lenguaje está igualmente muy alterado, la paresia de los músculos-labiales, linguales y del velo del paladar ocasionan disartria acentuadísima; la voz es lenta, pastosa, gutural, las palabras confusas; en ocasiones se nota disfonía, la voz es unas veces ronca, otras débil y expiratoria, indicando esto últimas manifestaciones paréticas de la laringe.

Contrastando con lo anterior, puede afirmarse que la

motilidad ocular y palpebral se conservan perfectamente normales.

En los miembros superiores e inferiores no se descubre ninguna alteración motora, ni el tono muscular, con excepción de ligero temblor en la punta de los dedos de ambas manos.

Reflejos.—Los reflejos de Macard, Guillain y mentoniano están exaltados; en los miembros superiores e inferiores existe hipereflexia osteotendinosa generalizada y bilateral.

El reflejo cutáneo bucal externo existe en ambos lados, ligeramente exagerado en el izquierdo; el Radovicki muy notable en ambos mentones; abdominales, se encuentran normales.

El reflejo nauseoso está abolido.

Sensibilidad.—Únicamente se encuentra retardada la sensibilidad superficial en los labios y en la lengua; existe, por otra parte, anestesia faríngea.

Pares craneanos.—Disminución de la agudeza visual en ambos lados. Hipoacusia bilateral, más acentuada en el izquierdo.

Exámenes de laboratorio.—El estudio del líquido céfalo-raquídeo indica negatividad de las reacciones y no proporciona ningún dato etiológico.

La exploración cronáxica en la región labio-glósica, da los siguientes informes: a).—La cronaxia está aumentada en todos los músculos; este aumento es mayor del lado izquierdo. b).—Las cifras de cronaxia indican sistematización de las lesiones. c).—La reacción de Jolly es positiva en todos los músculos, con mayor o menor intensidad. d).—No hay reacción de degeneración.

Consideraciones clínicas.—El padecimiento está bastante caracterizado y los síntomas suficientemente manifiestos para poder juzgar que se trata de una forma infantil y familiar (puede asegurarse que el hermano tuvo la misma enfermedad) de *parálisis bulbar progresiva*, anatómicamente constituida por una *polioencefalitis inferior crónica*, o mejor *poliomesoencefalitis*.

Solamente dos padecimientos capaces de presentarse en la infancia pueden establecer dudas respecto al diagnóstico: la parálisis bulbar miasténica y la miopatía primitiva tipo Landouzy-Dejerine; procuraremos a grandes rasgos hacer el diagnóstico diferencial con el síndrome bulbar progresivo.

A.—La parálisis bulbar miasténica o asténica (miastenia pseudo-paralítica o síndrome de Erb-Goldflam), presenta los siguientes caracteres diferenciales: habitualmente, además de los trastornos paréticos faciales, existen paresias palpebrales, oculares (oftalmo-plejías) y en los miembros; los trastornos en la motilidad, no constituyen verdaderas parálisis, sino que son de tipo miasténico, caracterizados por la *apokamnosis* o fatiga muscular, esto hace que dichos trastornos sean *móviles, inconstantes y pasajeros*; por otra parte rara vez existen atrofia muscular y temblores fibrilares; no hay alteraciones del lenguaje y no encontramos en el caso actual, más analogía que la existencia de la reacción de Jolly o reacción miasténica, que antes se consideraba específica del síndrome de Erb, pero que en la actualidad ha perdido tal característica, encontrándose también en síndromes neuríticos y miopáticos.

B.—La miopatía primitiva de Landouzy-Dejerine (forma facio-escapulo-humeral) especialmente el tipo descrito por Pierre Marie, en el que hay además, ptosis y paresia de los músculos masticadores, suele observarse en la infancia, pero de ordinario no ataca los músculos labiales y linguales, tampoco hay parálisis palatina y laríngea; a mayor abundamiento la atrofia, sin temblores fibrilares, se instala con cierta rapidez y simultáneamente ataca a los hombros y músculos del brazo.

Charcot, Brissaud, Pierre Marie y Londe, estudiaron por primera vez un caso de parálisis bulbar progresiva en dos hermanos de 8 y 5 años; los trastornos se instalaron al mismo tiempo; algunos años después el neurólogo rumano Paulian, describió otra forma familiar de tres hermanos con parálisis labio-gloso-laríngea; Fazio de Florencia y Benhardt de Bucarest, han citado posteriormente formas familiares e infantiles del mismo padecimiento.

Después de revisar con cuidado las excelentes monografías de Jendrasik y Lewandowski sobre enfermedades familiares del sistema nervioso y los estudios de Crouzon, Babonneix y Thevenard relativos a padecimientos nerviosos de la infancia, no hemos encontrado cita de formas infantiles y familiares de la parálisis bulbar progresiva, que se acompañen de retardo mental.

SANATORIO Y MATERNIDAD

DEL

Doctor A. Torres Altamirano

Av. Chapultepec Núm. 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**

ETILOFORMO

Registro No. 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
	100.00

Ampolletas de 40 y 60 gramos.

ETER PARA ANESTESIA Q. P.

Registro 14306 D. S. P.

MERCURIOL QUIRURGICO

Registro 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
	100.00

Muestras y Literaturas a disposición de los señores médicos.

LABORATORIOS SCHNABEL, S. A.

Dr. Licéaga 41

Eric. 2-70-60

Mex. J-05-55

México, D. F.

NOTAS SINTETICAS

Por el Dr. JUAN PEON DEL VALLE

TRASCENDENTAL APORTACION EN LA RAMA DE TOXICOMANIAS

EN la sesión del 5 de octubre de 1938 de la Academia Nacional de Medicina, tuvimos oportunidad de escuchar un interesante trabajo del Dr. Leopoldo Salazar Viniegra acerca de la marihuana. Es de tal importancia dicha aportación que, a propuesta de los Dres. Ignacio González Guzmán y Samuel Ramírez Moreno, y con aprobación unánime de la Academia, se procederá a darle la debida divulgación, pues viene a rectificar todos los conceptos médicos y jurídicos al respecto. El trabajo está ampliamente documentado, es detallado, rico en hechos de observación y de experimentación enteramente originales; por corresponder a la Academia y a su Gaceta Médica la honrosa tarea de darlo a conocer, aquí sólo nos permitimos anotar que de dicha investigación se infiere que la marihuana (*Cannabis indica*) es infundadamente considerada como engendradora de crímenes en los sujetos peligrosos, que los fenómenos tóxicos son parecidos a los de la atropina y que todo lo que se gasta en combatir su uso y comercio debería mejor emplearse en intensificar la campaña antialcohólica. En espera de los pasos autorizados que se den, podemos anticipar que la aportación del compañero Salazar será una colaboración mexicana de trascendencia mundial. Esto nos satisface como antiguos discípulos, actuales amigos y compatriotas del Dr. Salazar Viniegra y, para terminar, sólo nos resta felicitar también a quienes lo ayudaron en esta obra, que, por lo demás, está sujeta a rectificaciones.

LA CURA BULGARA

Los que hemos tratado el parkinsonismo encefalítico preferentemente con atropina que con escopolamina, no podemos extrañarnos del éxito obtenido por la cura búlgara, y,

uniéndonos al Prof. Guido Maria Piccinini (Director del Instituto de Farmacología y Terapia de la R. Universidad de Nápoles), podemos esperar del estudio y empleo de nuestras solanáceas, especialmente de la belladona y sus contenidos alcaloides, un material tan bueno y menos empírico que el procedimiento búlgaro. Cabe a Italia el honor de haber iniciado esta modificación en los tratamientos paliativos de la terrible enfermedad, pero es deber de todos los países civilizados pugnar por la elaboración de productos galénicos estables, correctamente utilizables, para que los dolientes beneficien de ellos. Lástima grande que las duras condiciones de vida de los investigadores mexicanos retarden y a veces imposibiliten su colaboración científica.

ESQUIZOFRENIA EN GEMELOS

La contribución a la casuística de este sugestivo tema corresponde ahora a los Drs. J. Mariz (nuestro distinguido colaborador) y Juan Márquez de Sá, brasileños. En los Archivos de Neuriatria e Psiquiatria (año XXI, Nos. 1 y 2, abril de 1938), exponen un caso de esquizofrenia injertada (como es frecuente) en terreno oligofrénico, en gemelas con dos placentas. El estudio fué hecho a los 18 años, tomando datos desde el nacimiento. Manifiestan los autores que es el primer caso señalado en la literatura brasileña y que no encontraron otro en la universal. Nosotros extraviámos, desgraciadamente, al cambiar de lugar la biblioteca, un trabajo extranjero donde se señalan casos semejantes.

AFASIAS

Con dedicatoria que agradecemos recibimos un estudio anatomo-clínico magníficamente presentado, acerca de las Afasias, por el Dr. Dimitri, Profesor Adjunto de Clínica Neurológica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires y Jefe del Servicio de Neurología del Hospital Alvear. Junto a la Clasificación Práctica de los Casos de Afasia por el Dr. Juan Peón del Valle (padre) aceptada por el IV Congreso Médico Latinoamericano y los estudios de A. Austregesilo (padre), más recientes, puede decirse que México, Brasil y Argentina son los países de América cuyas aportaciones al mejor conocimiento de las afasias han sido de mayor importancia. El

trabajo de Dimitri está un poco más en consonancia con el primeramente mencionado que con las investigaciones de Austregesilo.

ETICA Y PEDAGOGIA SEXUALES

Reproducimos, para continuar la inserción de temas sexológicos iniciada con lo publicado en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, las palabras del Dr. Abelardo Raymond aparecidas en "La Crónica Médica" de Lima, Perú, en mayo de 1938:

"Es inquietante el vacío que suele existir en la mente del niño, del joven y aun del adulto, en lo referente a la vida sexual.

"El mundo ha progresado en radio, automóviles, instrumentos de guerra y mil cosas más; el campo de acción de todos los sectores de la industria y el comercio ha cobrado enormes proporciones; se va concediendo gran libertad a la actividad humana, que tiende a convertir en metal sus más leves movimientos; se hacen estudios profundos, muchos de ellos en orden de mayores ingresos; se supera y se educa el hombre en la mayoría de sus tendencias; pero, de la cuestión sexual, quién sabe si por confiar demasiado en el instinto, se preocupa muy poco, se olvida su disciplina y se desborda naturalmente, de acuerdo con el tipo de vida de hoy, con caracteres de libertinaje.

"La vida sexual es uno de los cimientos de la Sociedad; es, si se quiere, la razón de ser la familia, puesto que fuera de ésta pueden desarrollarse todas las demás facultades de los seres, pero sin las condiciones altruistas y de abnegación que se fomentan en su seno.

Tan importante actividad humana merece estudio y dedicación, porque teniendo en su principio característica de fuerza ciega, puede llegar en su evolución, a ser fuente cristalina de los más puros afectos o generar las mayores tribulaciones.

"Es necesario saber que en la esfera sexual de todo ser humano, intervienen dos grupos de elementos: los filogénicos que tienen disposiciones hereditarias, y los adquiridos durante el curso de la vida.

"Duermen desde luego los primeros en el organismo y toman parte en lo que se llama el carácter. La mayor parte de

ellos no despunta sino en la edad de la pubertad, estando ligado su desarrollo a la influencia de insinuaciones exteriores.

“Los segundos son el producto de excitaciones eróticas y el hábito.

“Los principios hereditarios están predeterminados y constituyen la materia sobre la cual habrá de ejercerse el arte de la educación moral, que no podrá hacer otra cosa, en caso de disposiciones perversas, que influir de manera general sobre el carácter y combatir los apetitos, y nada podrá cambiar substancialmente de la calidad de aquéllos. Donde quiera que las disposiciones hereditarias ofrezcan un promedio normal, la educación puede, al contrario, hacer mucho para corregir los procedimientos y los hábitos patológicos, encauzar las tendencias por vías sanas, que repercutiendo primero en el bien personal, permitirán después ventajas en el orden social.

Dice Marañón: “La ética y pedagogía sexuales, sólo pueden ser verdaderamente elevadas y nobles, cuando se han nutrido del conocimiento directo del instinto. Ha llegado el momento de no blanquear más con la retórica de siempre los mismos sepulcros malolientes; sino de abrir éstos a la luz que todo lo dignifica y lo bendice”.

“Son los padres quienes tienen que responder, son ellos los que necesitan concentrar sus esfuerzos para guiar y dirigir a sus hijos antes de los 15 años; son las madres las responsables de la vida erótica de sus hijas antes de la pubertad. Lo que los padres hagan en la infancia por el bien de sus hijos, lo cosecharán en la adolescencia. La lealtad, la franqueza, que se debe gastar en el desarrollo sexual, sin exageraciones, sin crudeza, dirigiendo, enseñando amigable, naturalmente, evitando amenazas y solemnes castigos, inspirando confianza a los hijos, redundando en el porvenir de la familia, y evita desorientaciones sin cuento y desgracias a veces irreparables.

“Toca, pues, a los padres, modelar una adolescencia sana, robusta, dueña de sí, orgullosa de llenar el papel a que fué destinada dentro de cada sexo.

“En el cerebro del hombre, la inteligencia y el sentimiento, están íntimamente ligados, y de su combinación nacen las voliciones. El ser humano es por consiguiente un complejo y

no se podrá actuar sobre su conducta, si antes no se abonan sus simientes en la enseñanza de la más pura verdad y con la delicadeza de la más encumbrada abnegación.

“La voluntad es el freno de la conducta, tanto en el orden sexual como en cualquiera clase de actividades, pero ello requiere la fuerza necesaria para vencer la sugestión de los estímulos. Proclamamos el ideal del hombre libre y varonil, y de la mujer capacitada, pero, ello no consiste en entregarse libremente al apremio del deseo, sino en someterse a los ideales de perfección. La unión sexual se justifica como ley biológica, pero, como acto social que supone relaciones con el prójimo, sólo puede justificarse encuadrada dentro de las normas aceptadas por la civilización.

“Por todo esto, la verdadera enseñanza moral, la verdadera manera de influir beneficiosamente en los niños, está en la forma como se les habla, como se vive con ellos y como se les trata. La veracidad, los calurosos sentimientos, la persuasión, la perseverancia, deben traducirse en los actos y el modo de ser de padres y maestros; estas cualidades son las únicas que pueden despertar la simpatía y la confianza en el corazón del niño, ya que éste no es asequible sino a las ideas concretas, al afecto y a la diversión.

“La religión cristiana, verdadera fuente de la enseñanza que propiciamos, contiene en sus principios maravillosos ejemplos de moralidad. El Rabí de Galilea en el transcurso de su vida instituyó las bases fecundas del amor al prójimo y de la más excelsa dignidad; con intuición que no podía ser otra que la divina, trazó las normas que aún sustentan el verdadero hogar.

“La enseñanza moral toma también sus bases en la propia naturaleza y si los conocimientos científicos y la civilización modifican las costumbres acercándolas más a la realidad, ofrecerán un campo de aplicación, tanto más proficuo a la moralidad.

“El hombre sanamente formado, con sentimientos depurados, será incapaz de una vileza, porque lleva consigo los quilates de su responsabilidad y le será imposible causar a otra persona algún perjuicio material o espiritual. Y, ¿en la vida sexual, cuántos perjuicios se cometen?

“La maternidad es la función más noble de la mujer, que abre el camino de su genuina actuación social. La religión le

impone para ello el matrimonio, pero no siempre las circunstancias de la vida la colocan en esa situación, y la maternidad fuera del matrimonio le crea un angustioso conflicto social. Debe, pues, prepararse para la alta misión que está llamada a cumplir.

“Lo que se abona con la sabia enseñanza y se cultiva con el ejemplo llega a su madurez, y en el rol que a cada cual toque desempeñar, se verán despuntar los sanos principios de convivencia social: deber, amor al prójimo, lealtad, condiciones que beneficiando al individuo y a la familia, repercutirán el bienestar de la patria”.

INDEX DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

Recibimos el Vol. I, No. 1, julio de 1938, del Index (Revista Ibero-Americana de Análisis Bibliográficos) de Neurología y Psiquiatría, editado en Buenos Aires, Argentina. Será una publicación de gran utilidad, pues las selecciones están hechas con el criterio de distinguidos especialistas.

TERAPEUTICA CONVULSIVANTE

En nuestro número anterior informábamos que otro analéptico, la dietilamida del ácido piridin-beta-carbónico, estaba siendo ensayado en el tratamiento convulsivante de ciertas psicosis. Cabe ahora señalar que los resultados obtenidos no han sido satisfactorios y, aunque todavía no hay tiempo de llegar a conclusiones, sigue siendo el penametilenotetrazol la substancia de elección, de acción y resultados bien conocidos. Próximamente anotaremos en concreto las deficiencias del primer producto mencionado, cuando los casos sean más numerosos, pero ya desde ahora no aconsejamos su uso en lo que se refiere a esta terapéutica, aunque tenga otros empleos realmente provechosos, como buen analéptico que es.

CURSOS PARA POST-GRADUADOS

La Sociedad Médica del Hospital General organizó unos cursos para médicos post-graduados, que estuvieron a cargo de eminentes facultativos. Solamente, como nota discordante, se observó que algunas de las enseñanzas estuvieron enco-

mendadas a neófitos que no hacía todavía un año ocupaban un asiento de alumnos de último año en la Facultad de Medicina. Por muy inteligentes que sean, no han tenido tiempo de dominar ninguna especialidad. Esos cursos fueron dados para desarrollar temas de especialidades médicas, útiles a postgraduados. Mal lugar, pues, para que fungieran como profesores algunos recién-graduados. En las ciencias, especialmente las biológicas y principalmente las médicas, no basta tener *capacidad* y *oportunidad* (condiciones indispensables para ser), sino que se necesita *tiempo*.

HOMENAJE AL MAESTRO NIETO

El distinguido internista y notable neurólogo, maestro de varias generaciones, ejemplo de metodologista clínico, Prof. Dr. Adolfo M. Nieto, fué objeto de un espontáneo, respetuoso y cariñoso homenaje por parte de sus amigos y discípulos, médicos militares y civiles. El sitio de reunión fué el hermoso Hotel Montejo, donde se sirvió una cena, durante la cual hicieron uso de la palabra el Gral. y Dr. Sánchez Neira, el Dr. Francisco Vargas. El Dr. Ramírez Moreno, el Dr. Osvaldo Arias (inspirado prosista y versificador), el Dr. Benítez Soto (iniciador del homenaje), el Dr. Roberto Nava, el Dr. Gómez Azcárate y el Dr. Marín Ramos Contreras.

FAMILIAS DE OBREROS

Es indiscutible que en los últimos años se han ido haciendo conquistas para los trabajadores manuales de las ciudades y, aunque en menor grado, también para los campesinos.

La mejoría en los salarios, en las habitaciones, la creación de escuelas, bibliotecas fijas y ambulantes, organización en colectividades para progreso y defensa, etc., etc.

Sería bueno ahora comenzar ciclos de conferencias de moral para los obreros. Se da el triste caso de que el trabajador llega a su hogar en estado de ebriedad, que golpea a su mujer, que abandona a sus hijos, que comete actos delictuosos después imputados a "las injusticias sociales". Todo esto debe combatirse por convencimiento, propaganda, ilustración y tenaz empeño de elevación clasista. Si no se quiere llamar a esa noble labor "*moral*", llámesele higiene mental popular. Aquí se pone el dedo en el reglón, y si los que pueden hacerlo no lo hacen, la patria se los demande.



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

Salinas

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

Infecciones Estreptocóccicas Generales o Locales

CUPRANOL

Registro No. 9199 D. S. P.

(Sulfato Doble de Cobre y Amonio)

CUPROFORMINA

Registro No 10322 D. S. P.

(Sulfato de Cobre Amoniacal; Hexametilenotetramina)

Erisipela, Fiebre Puerperal, Septicemias, Gripe

Distribuidores para la República Mexicana:

OFICIO FARMACEUTICO MEXICANO, S. A.

Av. Chapultepec 153 MEXICO, D. F. Apartado 2432



Hormona testicular pura
en forma de propionato de
testosteron

Dosificación exacta en „mgrs.”

INDICACIONES:

- Fatiga intelectual y física
- Insomnio presenil
- Trastornos circulatorios periféricos
(sensación de frío en las extremidades, acrocianosis)
- Prurito senil
- Hipogenitalismo y disminución de la potencia
- Trastornos de la micción en la
hipertrofia de próstata

EL TESTOVIRON es un propionato de testosteron disuelto en aceite y representa la forma más activa de la hormona testicular conocida hasta la fecha.

Envases originales:

- Caja con 4 amp. de 1 c. c. con 5 mgr. cada una = 250 U. I.
- Caja con 4 amp. de 1 c. c. con 10 mgr. cada una = 500 U. I.
- Caja con 2 amp. de 1 c. c. con 25 mgr. cada una = 1250 U. I.

REG. No. 18999 D. S. P.—PROP. No. 14525.

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

Química Schering Mexicana, S. A.
Calle Versalles 43, Apartado 281 - México, D. F.

Acerca de la estimulación cerebral

La estimulación de las funciones cerebrales superiores no ha tenido un representante digno en el arsenal terapéutico. Se emplean algunas veces los alcaloides del opio para frenar estados de depresión; pero su uso debe ser muy restringido y muy cuidadoso por el peligro de la narcomanía. El opio sólo en casos de disposición particular aumenta las facultades intelectuales y precisamente estos individuos son los "morfinómanos por excelencia". La excitación del sistema nervioso sobreviene por el efecto de otros alcaloides, ya es signo de una intoxicación y no es aprovechable desde un punto de vista terapéutico. Entre las sustancias menos dañosas, algunos miembros del grupo "xantina" especialmente la cafeína, posee efecto electivo sobre los centros cerebrales, así como estimulante de la actividad psíquica pero sólo en dosis altas. Las dosis masivas de la cafeína están acompañadas de síntomas secundarios vegetativos y un estado de opresión no deseados. Algunos analépticos, como el pentametilentetrazol, estimulan el funcionamiento de la corteza cerebral; pero este efecto es sumamente pasajero y el aumento o repetición de las dosis, acarrea espasmos de la musculatura lisa de los vasos cerebrales.

Durante la investigación de las combinaciones pertenecientes al grupo adrenalínico, se conoció la fenilisopropilamina; esta sustancia ocupa un lugar único respecto al efecto estimulante cerebral, según las investigaciones recientes. El vigor mental y euforia logradas por su efecto es de carácter fisiológico, carece de efectos dañosos posteriores, no acarrea en lo absoluto síntomas de abstinencia y sensación de hambre medicamentosa.

Para estimular la actividad de los centros cerebrales superiores se está fabricando el Aktedron - Chinoin.

Composición:

El principio activo del Aktedron es el hidrofosfato de la alfafenil-beta-isopropilamina ($C_6 H_5 CH_2 CH NH_2 CH_3$) $2 H_3 PO_4$. Una tableta de Aktedron contiene 0.01 gr. y una ampolleta de un c. c. contiene 0.02 gr. del principio activo.

EFEECTO:

El Aktedron es un estimulante de los centros cerebrales superiores y tiene poca influencia sobre los centros vitales y sistema nervioso vegetativo. Su efecto es la imagen opuesta de la adrenalina (químicamente parecida a ella), que como es sabido excita las terminaciones nerviosas del simpático, no teniendo casi ningún efecto sobre el sistema nervioso central.

Las dosis moderadas del Aktedron acarrearán una serenidad píquica general, eliminando a la vez el cansancio físico mental. A su efecto se acelera la asociación de ideas y los procesos lógicos son más agudos. Siendo la atención un estado eminentemente activo como lo prueban el esfuerzo y la fatiga que le acompañan, se logra con el Aktedron el aumento del discernimiento y se facilita la centralización de la atención sin los estados consecutivos de fatiga física y mental. La capacidad mental se aumenta en casi todos sentidos.

El Aktedron obra también sobre la afectividad, cesa la distimia en individuos sanos y psicópatas y en la melancolía da lugar a un estado general eufórico.

Se suspenden las inhibiciones patológicas neuropsíquicas, reapareciendo la confianza propia y un carácter comunicativo.

Individuos autitas y melancólicos, por el efecto del Aktedron, son más propicios para la psicoterapia y su empleo en estos casos abrevia el proceso del estado patológico, ayudando enormemente la reintegración a la vida social.

En una circunstancia muy importante que la euforia que sobreviene por el efecto del Aktedron, difiere en lo absoluto del efecto semejante causados por los alcaloides. Al suspender el empleo del Aktedron no se manifiestan síntomas de abstinencia, tampoco sensación de hambre medicamentosa y no se observan efectos dañosos posteriores.

En caso de su empleo prolongado, está indicada la vigilancia de la posología medicamentosa, con el objeto de que la

función psicomotriz exaltada no provoque agotamiento. Asimismo hay que cuidar que el empleo del Aktedron no disminuya el sueño. Todo esto se evita con la dosificación adecuada del Aktedron.

En algunos casos el Aktedron aumenta la frecuencia del pulso y la tensión arterial. Como este efecto, bajo el empleo repetido del Aktedron desaparece, no está contraindicado en la hipertonia.

INDICACIONES:

En individuos sanos para producir mayor potencialidad mental y oportunamente para cesar el cansancio mental físico.

En las psiconeurosis para cesar el cansancio matutino, la depresión y la incapacidad de concentración.

Para combatir la anhedonia en las ligeras y medianas depresiones endógenas y exógenas (por ejemplo: climacterio) y para facilitar la psicoterapia.

En caso de esquizofrenia para combatir la depresión, la abulia, la falta de espontaneidad, para interrumpir el tratamiento hipnótico (no tiene efecto sobre el coma insulínico).

En los síntomas de abstinencia en casos de privación de alcohol, morfina y cocaína.

En casos de parkinsonismo post-encefalítico para cesar la depresión, somnolencia, etc.

Ataques de narcolepsia y para cesar la debilidad motora que se manifiesta en estos ataques.

POSOLOGIA:

La dosis, por término medio, es: 1-2 tabletas, de preferencia en la mañana. Como dosis inicial se recomienda administrar $\frac{1}{2}$ tableta (5 mgr.), y si el efecto de esta dosis no fuera suficiente, o fuese de corta duración, entonces se aumenta la dosis paulatinamente. Su ministración en la tarde o en la noche se admite si no trastorna el sueño. En caso de necesidad se pueden administrar dosis mayores 4-6 tabletas de una toma o divididas en dos tomas, naturalmente bajo la vigilancia más estricta y cuidadosa.

El empleo de las ampolletas sigue las mismas normas de las tabletas. La dosis normal es una ampolleta por la vía subcutánea, y en caso necesario 2-3 ampolletas.

TRATAMIENTO DE LA PARALISIS GENERAL

POR STOVARSOLTERAPIA

STOVARSOL SODICO

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

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

INYECCIONES SUB-CUTANEAS INDOLORAS

POR PIRETOTERAPIA

DMELCOS

VACUNA STOCK

Emulsión estabilizada de bacilos de Ducrey

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

INYECCIONES INTRA-VENOSAS

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

"Usense exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica"

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

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

21. RUE JEAN-GOUJON • PARIS-8^e

El próximo número de la REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL, que tendrá el carácter de extraordinario y editaremos a fines de diciembre con un doble tiro, estará dedicado a la inauguración del primer pabellón campestre de la Clínica Neuropsiquiátrica de nuestro Director, señor Doctor Samuel Ramírez Moreno.

LABORATORIO MEDICO

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

ANALISIS CLINICOS - METABOLISMO BASAL

San Juan de Letrán No. 11, Edificio Banco
General. Desp. 603 y 604. — México, 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 No. 7.

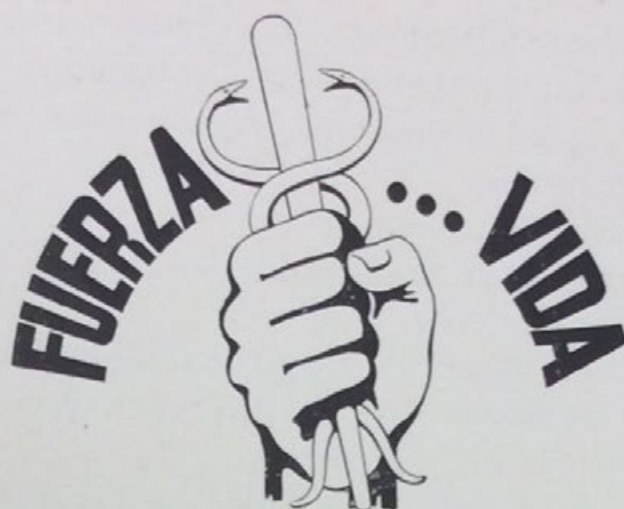
Teléfonos: 2-60-02 y J-33-06.

Dr. JOSE TORRES TORIJA

Avenida Madero No. 66.

Mex. J-11-33.

Eric. 2-45-48



2º CONGRESO NACIONAL DE HIGIENE RURAL

DEL 20 AL 26 DE NOVIEMBRE

EN SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

FRENTE REVOLUCIONARIO DE TRABAJADORES DE LA MEDICINA

El Frente Revolucionario de Trabajadores de la Medicina, con la colaboración de los Departamentos de Salubridad Pública y Agrario; de las Secretarías de Educación Pública y de la Asistencia Pública; del Partido de la Revolución Mexicana, del Banco de Crédito Ejidal, del Departamento Autónomo de Prensa y Publicidad, Departamento Central del D. F., y de acuerdo con su programa de acción, que señala de manera preferente el estudio y resolución de los problemas que se relacionan con el mejoramiento de las condiciones higiénicas que prevalecen entre nuestros trabajadores del campo, excita a los profesionistas para que aborden en forma integral el problema de la higiene rural, ya que considera que el ejercicio de las profesiones llamadas liberales, debe ser entendido como una función al servicio de la colectividad, ha convocado al **SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE HIGIENE RURAL** que se celebrará en la ciudad de San Luis Potosí, durante los días comprendidos del

20 al 26 de noviembre del presente año, a los siguientes elementos:

a).—Médicos Cirujanos, Cirujanos Dentistas, Farmacéuticos, Parteras, Enfermeras y Trabajadores Sociales.

b).—Ingenieros Sanitarios, Agrónomos Arquitectos, Topógrafos e Hidráulicos.

c).—Maestros Rurales.

d).—Delegados de las sociedades locales de Crédito Ejidal y de Crédito Agrícola.

e).—Representantes de Organizaciones Campesinas, y a todas aquellas personas que se interesen por los problemas de higiene rural.

FINALIDADES DEL CONGRESO

1o.—Reunir a los diferentes elementos interesados en la resolución de los problemas de higiene del medio rural.

2.—Discutir ampliamente estos problemas y buscar soluciones realizables.

3o.—Establecer contacto entre técnicos de las diferentes ramas, para estudiar y resolver los problemas de la higiene rural en las diferentes regiones del país.

4o.—Considerar por parte de las Organizaciones de Campesinos y de los representantes oficiales, las posibilidades económicas de ambos sectores para la resolución efectiva de los principales problemas.

5o.—Conseguir la difusión intensa de conocimientos de higiene rural a través de todos los elementos que participen en este Congreso.

TEMARIO

I

LOS SERVICIOS MEDICOS E HIGIENE EN LOS MEDIOS RURALES

a).—El ejercicio de la medicina en el medio rural.

b).—El médico rural como profesionista de Estado.

c).—Los Servicios Sanitarios Federales en beneficio de los ejidatarios.

d).—El crédito Agrícola y Ejidal como medio para sostener los Servicios Médicos e Higiénicos.

e).—La preparación de Médicos Rurales.

II

LA EDUCACION HIGIENICA EN EL MEDIO RURAL

- a).—La enseñanza de la higiene en las escuelas rurales.
- b).—La enseñanza de la higiene en las escuelas regionales campesinas.
- c).—La enseñanza de la puericultura en las mismas escuelas.
- d).—La participación de la mujer en la campaña de higiene rural.

III

ASPECTO MEDICO E HIGIENICO DE LOS PROBLEMAS EN EL MEDIO RURAL

- a).—Organización de la Campaña Antipalúdica en el medio rural.
- b).—Asistencia de los tuberculosos en el medio rural.
- c).—La lucha contra las parasitosis intestinales.
- d).—La lucha antivérea.
- e).—Higiene bucal en el medio rural.

IV

LA MADRE Y EL NIÑO EN EL MEDIO RURAL

- a).—Los problemas higiénicos del embarazo, del parto y del puerperio en el medio rural.
- b).—El problema de la asistencia de los niños de pecho en el medio rural.
- c).—La asistencia de los niños en la edad preescolar en el medio rural.
- d).—El trabajo de los niños y la escuela.

V

PROBLEMAS DE SANEAMIENTO RURAL

- a).—Sugestiones para hacer eficaz la intervención de las instituciones de Crédito, en la resolución de los problemas higiénicos del medio rural.
- b).—Problemas de ingeniería sanitaria, específicos de determinadas regiones del país.
- c).—Abastecimiento de agua en el medio rural.

- d).—Problemas de habitación en el medio rural.
e).—Problemas de desalojamiento de inmundicias en el medio rural.

VI

LA ALIMENTACION EN EL MEDIO RURAL

- a).—Deficiencias alimenticias en el medio rural, sus causas y sugerencias para corregirlas.
b).—Consumo medio y alimentos de origen animal y vegetal que tienen los campesinos en diferentes zonas del país.
c).—Frecuencia con que se presentan las avitaminosis en los campesinos y manera de resolver este problema.
d).—Inconvenientes del uso exclusivo del maíz en la alimentación humana. Ventajas del uso racional de este cereal y alimentos que se preparan con maíz.
e).—Bases para formar cooperativas de consumo y de producción de alimentos en los medios rurales.
f).—Sugerencias para que los habitantes del campo puedan obtener los alimentos indispensables para una ración completa y equilibrada.
g).—Las bebidas alcohólicas en relación con la alimentación popular.
h).—Presupuestos para alimentación familiar, higiénica completa y equilibrada en el medio rural.

El Frente Revolucionario de Trabajadores de la Medicina desea que la atención de los congresistas se concentre a los puntos señalados en este temario, con el objeto de que se estudien a fondo y se obtengan conclusiones prácticas y realizables; ruega, por lo tanto, a las personas que presenten trabajos, sean éstos referidos a alguno de los puntos anteriores.

Los trabajos que se presenten al Congreso deberán ser escritos en máquina, a doble espacio, originales, de extensión máxima de quince planas, y con un resumen obligatorio que no exceda de dos páginas; anexando con ellos una copia destinada a la Secretaría del Congreso.

La recepción de trabajos se hará hasta cinco días antes de la inauguración del Congreso, no admitiéndose bajo ningún concepto trabajos después de la fecha.

Clínica del
Dr. Samuel Ramírez Moreno

Enfermedades Mentales y Nerviosas

1a. CALLE DE GENOVA No. 39

TELEFONOS:

ERICSSON 4-20-62

MEXICANA L-72-30

MEXICO, D. F.

