

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL



SUMARIO:

EDITORIAL.—*Por el Dr. José Torres Torija.*

LA CLINICA NEURO-PSIQUIATRICA "DOC-
TOR SAMUEL RAMIREZ MORENO".—
Por el Arquitecto Carlos Obregón Santacilia.

ENFERMERIA PSIQUIATRICA. — *Por el Dr.
Juan Peón del Valle.*

EL RADIODIAGNOSTICO NEUROLOGICO Y
EL ELECTRODIAGNOSTICO.—*Por el Dr.
Teodoro Flores Covarrubias.*

DOCUMENTACION SANATORIAL NEURO-
PSIQUIATRICA. — *Por el Dr. Carlos Pa-
vón A.*

LA ONDOTERAPIA.—*Por el Dr. Guido Torres
Martínez.*

EL LABORATORIO BIOQUIMICO DE LOS
HOSPITALES NEURO-PSIQUIATRICOS.

GABINETE DE OFTALMOLOGIA.

IMPORTANCIA DEL SERVICIO DENTAL EN
LOS HOSPITALES.—*Por el Dr. Jorge To-
rres Martínez.*

VOL. V

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 30

10. DE MARZO DE 1939

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.

Aplíquese 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

—

Veraçruz

—

Guadalajara

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

DIRECTOR:

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

EDITOR Y JEFE DE REDACCION:

Dr. JUAN PEON DEL VALLE

PUBLICACION BIMESTRAL

VOLUMEN V. NUM. 30. 1o. de MARZO DE 1939. MEXICO, D. F.

Registrada 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:

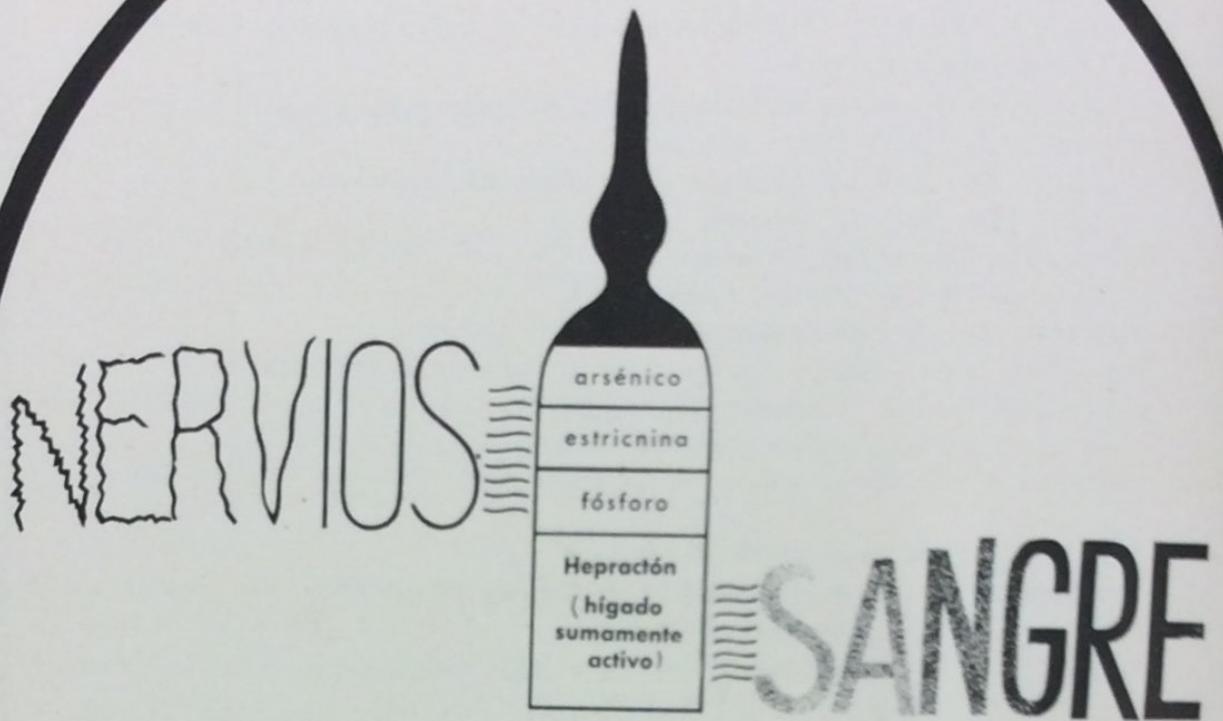
DISTRITO FEDERAL: Dres. José León Martínez, Arturo Baledón Gil,
Antonio Tena Ruiz y Miguel Lavalle.
AGUASCALIENTES: Dr. Salvador Martínez Morones.
BAJA CALIFORNIA: Dr. Raúl López Engellking.
CAMPECHE: Dr. Tomás Quijano.

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. Baltasar 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 Zara-
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. Sbarbi.
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 Men-
ninger 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. Antonio 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
castallena y en general a todos los neuropsiquiatras que deseen el
intercambio.



PARA AYUDAR A LAS FUERZAS CURATIVAS NATURALES EN LA
CONVALECENCIA Y EN LAS ANEMIAS SECUNDARIAS

INHEPTON

TOLERANCIA
PERFECTA

Merck

INYECCION
INDOLORA

CAJAS DE 5 AMPOLLETAS PARA LA INYECCION
INTRAGLUTEA

REG. No. 13551 - D. S. P. USESE POR PRESCRIPCION MEDICA
"INHEPTON": MARCA REG.

Merck-México, S. A. - Versailles 15 - México, D. F.

Cuando estas líneas se publiquen, habráse inaugurado ya el primer pabellón de la modernísima Clínica Neuro-psiquiátrica, que el Dr Samuel Ramírez Moreno ha construído en un hermoso y amplio solar de Coyoacán.

Tal hecho sugiere un breve comentario. En él queremos poner de relieve dos aspectos interesantes: La dignidad del esfuerzo realizado por la iniciativa privada y la importancia técnica y práctica que representa en nuestro medio un establecimiento de la índole de dicha clínica.

Para quienes hemos tenido oportunidad de seguir sus etapas evolutivas, desde la adquisición del terreno hasta la terminación de los últimos detalles materiales del flamante pabellón, nos ha satisfecho plenamente apreciar la dedicación, el entusiasmo nunca decaído, la tenacidad infatigable y el optimismo sereno de su iniciador, quien no omitió sacrificio ni escatimó elemento material alguno para que la construcción respondiese al fin perseguido: atención científica moderna y alojamiento decoroso para quienes han de ir a buscar descanso para la mente fatigada o alivio a un doloroso desequilibrio psíquico. Y tales circunstancias deben aquilatarse si tomamos en cuenta el ambiente de inquietud en que vivimos y los obstáculos no sólo económicos sino de índole diversa que surgen en empresas de iniciativa privada como la que nos ocupa.

Por lo que a la importancia técnica y práctica de la Clínica Neuro-psiquiátrica se refiere, habida cuenta de nuestro medio, hay que valorizarla debidamente.

Ya en otra ocasión hablamos de los magníficos progresos que ha realizado la Psiquiatría entre nosotros, tanto en el sector docente como en el de aplicación. Correlativamente a tal progreso se ha cambiado por completo el concepto que de los antiguos manicomios se tenía. En lugar de asilos para incurables, de simple aislamiento para enfermos incapacitados para vivir en el ambiente social, el moderno sanatorio para enfermos mentales tiende a llenar un fin más alto y más cien-

tífico que comprende no sólo el aspecto puramente de atención médica sino una serie de factores de ambiente y de instalación especiales un poco más complejos que los de cualquier otro sanatorio. Para realizar este propósito se han ido estableciendo en México diversas casas de salud y verificando adaptaciones útiles y correctas. La que abre hoy sus puertas es un paso más en este sendero moderno y científico ya que ha sido estudiada y planeada "ad-hoc" y con una idea directriz orientada dentro de las tendencias científicas modernas.

El edificio, por situación, distribución y organización quiere responder a un desiderátum y estar en consonancia por ende, con el interés y la situación que esa hermosa rama de la medicina moderna, que es la Neuro-psiquiatría, tiene en la actualidad.

Por el cariño que inspiró la idea de la construcción y el noble fin que realiza, debemos sentirnos satisfechos, ya que en todo caso significa la cristalización científica y práctica de un esfuerzo privado y el triunfo de la voluntad y del optimismo sereno de un médico inteligente, laborioso y culto.

DR. JOSE TORRES TORIJA.

VÉRYL

Lab. G. Beytout - Paris.
Reg. No. 15649 D. S. P. Prop. 9682

FORMULA:

Cianuro de Mercurio
Semihexametileno - amina
Agua destilada c. s. p. 1 cc.

Via Endovenosa

Via Intramuscular

TODAS las indicaciones del
CIANURO de MERCURIO
MAS ACTIVO - MENOS TOXICO

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION
Y BAJO LA VIGILANCIA MEDICA.

Representante:

MAX ABBAT

Lucerna 47

México, D. F.



SIFILIS

HEREDO SIFILIS

TRATAMIENTO DE ASALTO
Y DE CONSOLIDACION

PALUDISMO

ARSAMINOL

Inyecciones intramus-
culares y subcutáneas
indoloras

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

Usese exclusivamente por prescripción
y bajo la vigilancia médica.

DOS FORMAS

ADULTOS 1 ampolla 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.

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



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.

La Clínica Neuropsiquiátrica "Doctor Samuel Ramírez Moreno"

Por el Ing. CARLOS OBREGON SANTACILIA

Cerca de la carretera de México a Coyoacán, intencionalmente colocada fuera del movimiento de la misma, en un discreto lugar limitado en su mayor parte por dos ríos, con el fondo magnífico de la arboleda de los Viveros de Coyoacán, se asienta la primera clínica neuro-psiquiátrica particular que se hace en México.

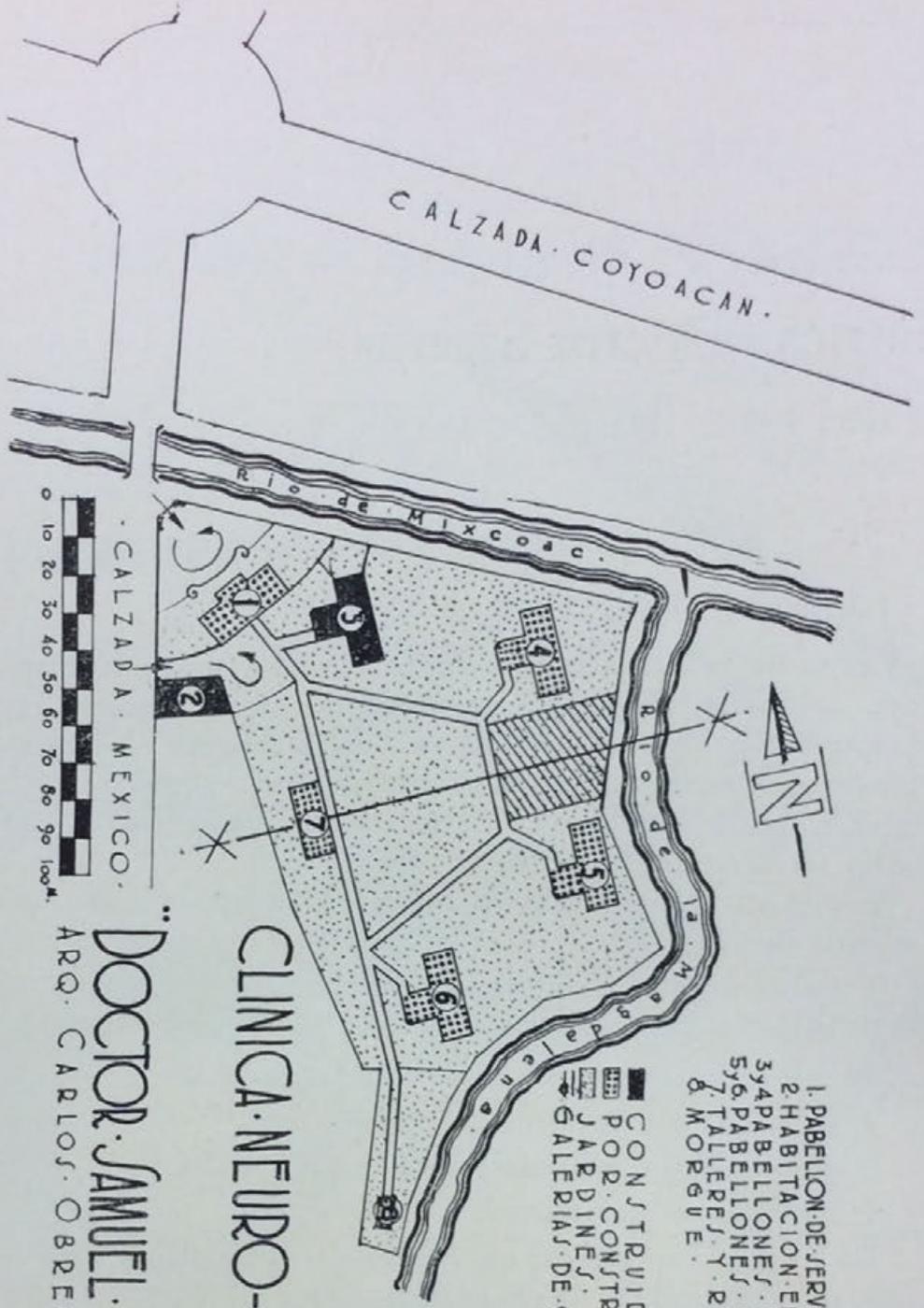
Según el plan aprobado, la constituirán, cuando esté totalmente terminada:

- 1 pabellón de Servicios Generales.
- 2 pabellones para 40 enfermos cada uno.
- 2 pabellones para 40 enfermas cada uno.
- 1 pabellón de talleres y recreo.
- 1 pabellón de habitación de enfermeras.
- 1 Morgue o anfiteatro.

La entrada principal se colocó en la esquina N-O, y allí también el pabellón de Servicios Generales; un alambrado separa esta parte de la Clínica del lugar en que están los pabellones de enfermos.

La entrada de servicio, controlada por el pabellón de Enfermeras, da acceso a un espacio en donde pueden entrar automóviles, tanto para las ambulancias como para camiones con comestibles, medicinas, etc., que sean entregados por la parte posterior del pabellón de Servicios Generales.

Los cuatro pabellones de enfermos, con orientación Oriente-Poniente, dejan entre sí un gran espacio para juegos, a



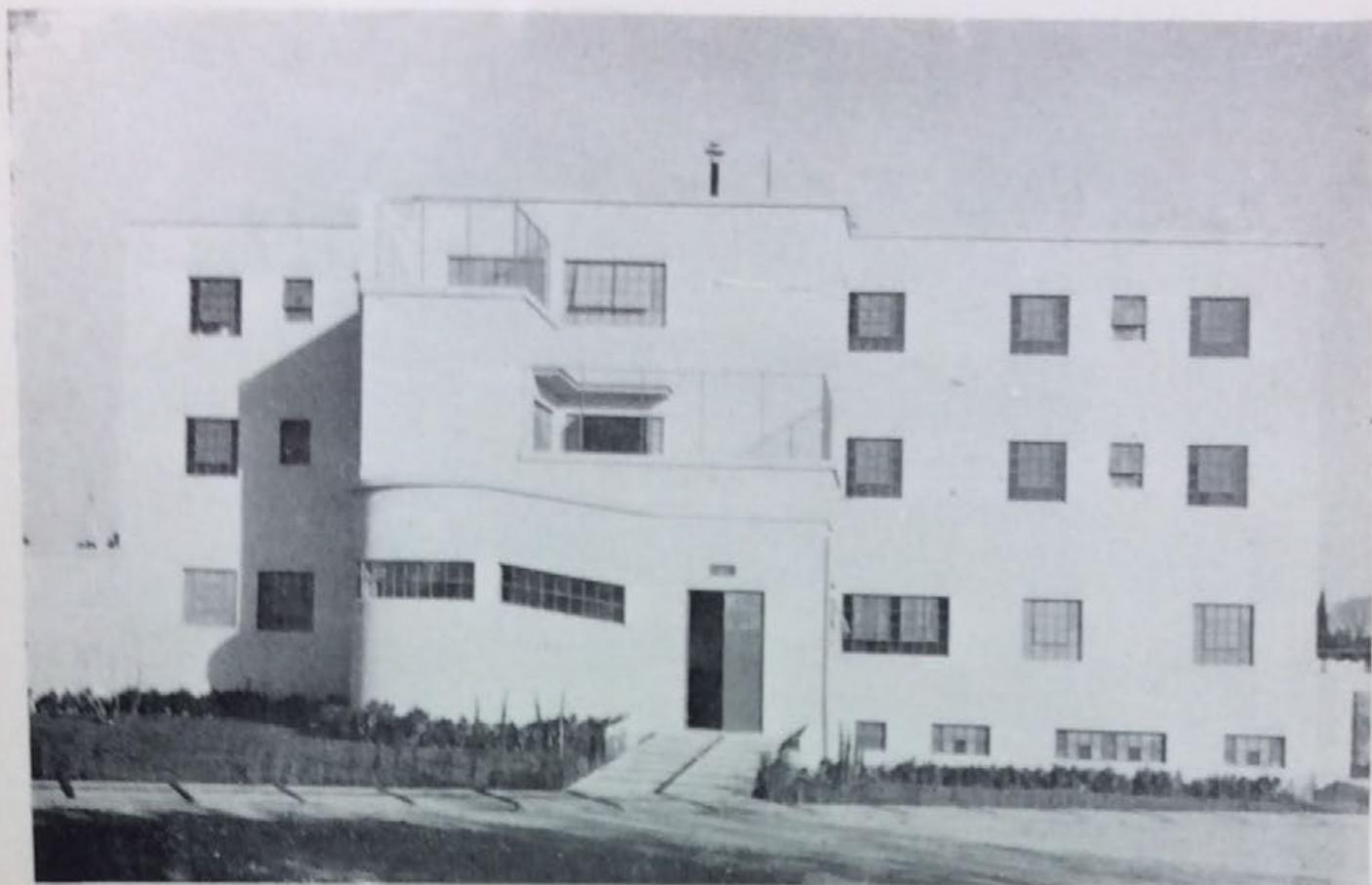
- 1. PABELLON DE SERVICIOS GENERALES.
- 2. HABITACION ENFERMERAS.
- 3, 4. PABELLONES MUJERES.
- 5, 6. PABELLONES HOMBRERES.
- 7. TALLERES Y RECREACION.
- 8. MORQUE.

- CONSTRUIDO.
- ▨ POR CONSTRUIR.
- JARDINES.
- ⊖ GALERIAS DE COMUNICACION.

CLINICA NEURO-PSIQUIATRICA.

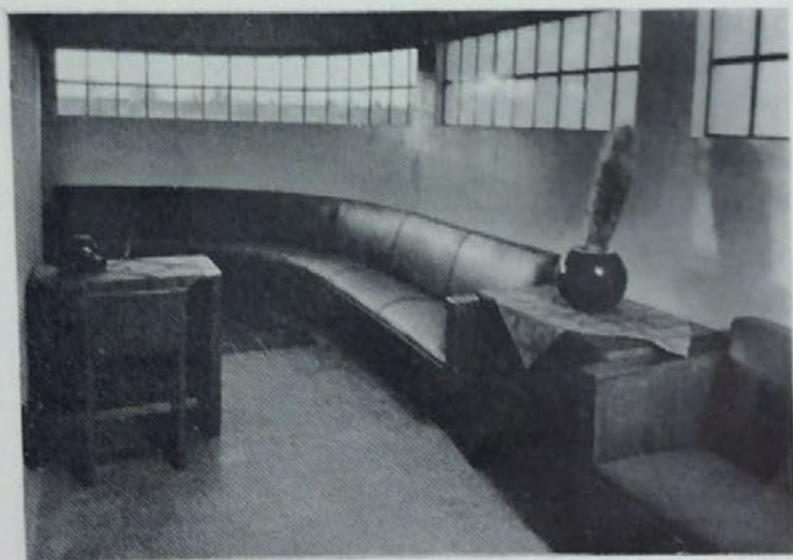
DOCTOR SAMUEL RAMIREZ MORENO.
 ARQ. CARLOS OREGON SANTACILIA.

Plano de la Clínica.

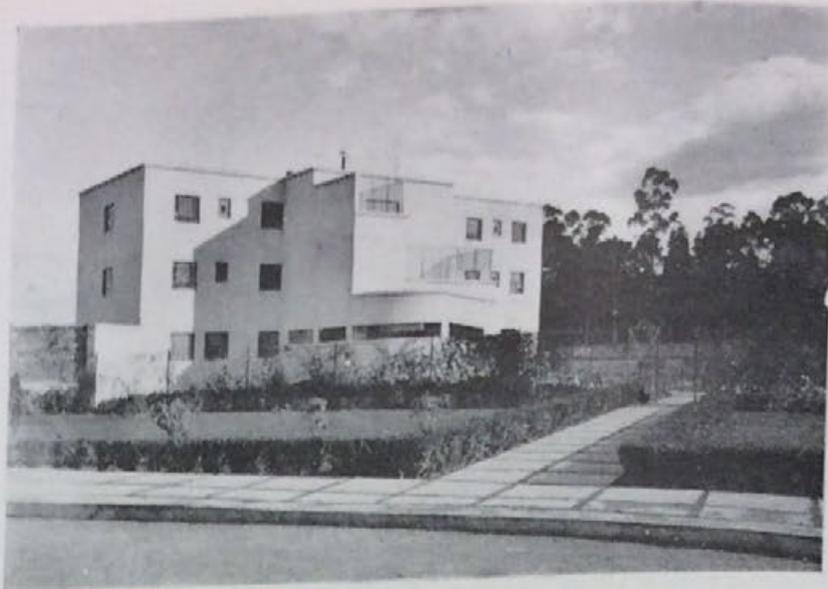


Fachada principal.

un nivel más bajo y cubierto de pasto; este espacio está situado en el eje principal del terreno, el cual se complementa al oriente por el campo de hortalizas y al poniente por el pa-



Hall de espera.



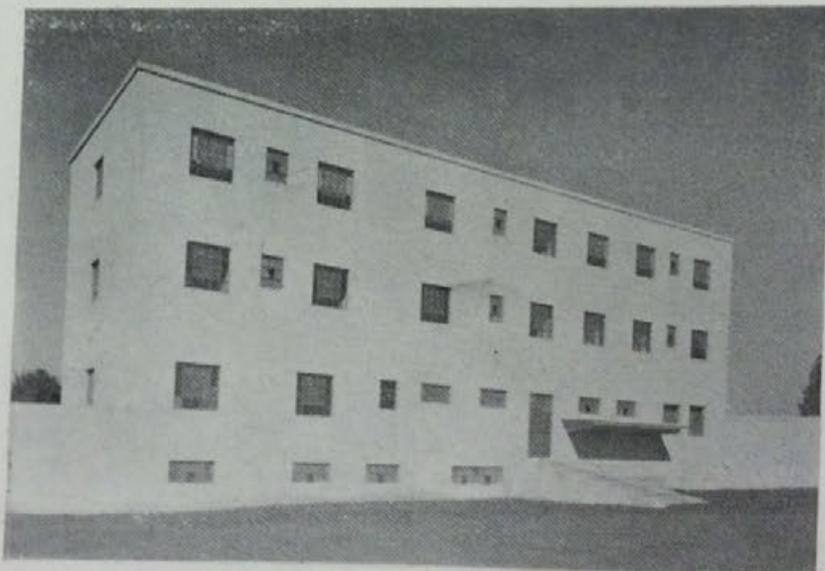
El pabellón No. 1, visto desde la entrada principal.

bellón de talleres y recreo, formando estos tres elementos un eje de separación entre los dos pabellones de enfermos y los dos pabellones de enfermas.

Los pabellones estarán comunicados entre sí por medio de galerías cubiertas.

PABELLON DE SERVICIOS GENERALES

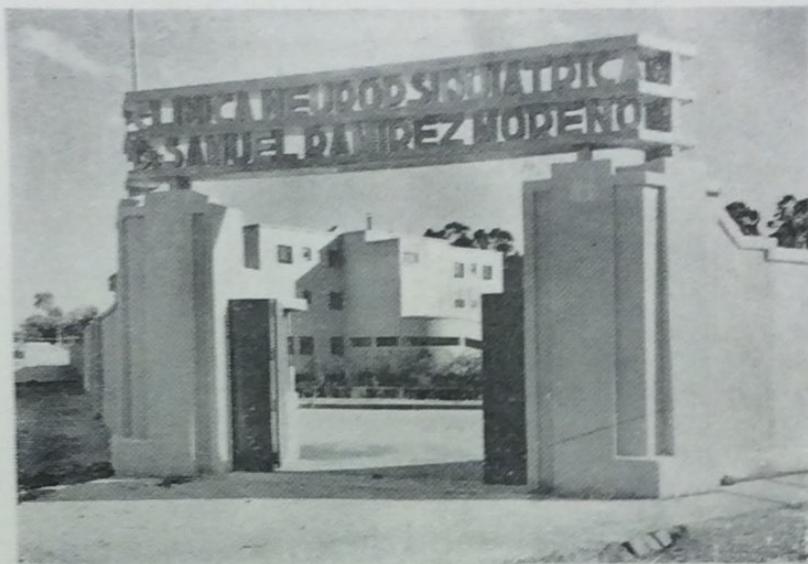
Consta en su planta principal de: Hall de espera, Inscripción, Administración, Archivos, Sala de Consulta del Di-



Fachada posterior del Pabellón No. 1.

rector, Privado, Toilet, 2 Salas de Consulta, 2 Salas de Visitantes, Sala de Operaciones, Sala de Curaciones, Anestesia, Farmacia, Laboratorios, Lockers, Psicología Experimental, Cuarto Oscuro, Rayos X y Electroterapia.

PLANTA DE SOTANO: Cocinas, Despensas, Comedor de Servicio, Comedor de Enfermeras, Hall de Preparación de Mesas, Lavandería, Almacén, Ropería, Taller de Reparaciones, Bodega y Calderas.



Portada.

PLANTA ALTA: Habitación del Director, Terrazas y Habitaciones para dos Médicos.

PABELLON No. 1 (Para 40 Enfermas)

Este pabellón es el primero que se ha construido, y no estando aún el de Servicios Generales, fué necesario incluirlo en él, aunque con capacidad únicamente para atender a dos pabellones.

Después de construidos dos pabellones, deberá construirse el pabellón de Servicios Generales.

Consta este pabellón de transición de:

SOTANO: Cocina, Despensa, Pantry, Lavandería, Ropería, 2 Habitaciones para Servidumbre, y Baño y Toilet de Servicio.

PLANTA PRINCIPAL: Divídese en tres partes: al frente, Hall de Espera y Consultorio con Toilet; al sur, Sala General para 12 Enfermas, Baños y Toilets para las mismas, Ropería, Lockers y Comedor; al norte (Departamento de Agitadas), 2 Cuartos de Aislamiento, 2 Cuartos para Enfermas, 1 Cuarto para cadáveres, 1 Toilet de Enfermeras, Baños y Pequeño Jardín aislado.



Escalera del piso principal al primer piso.



Pasillo del segundo piso.

Los cuartos para agitadas tienen muros dobles de material aislante, W.C. dentro del mismo cuarto, cuya limpieza se controla desde fuera, por medio de llaves de agua; ventanas de vidrios prismáticos gruesos, fijos, con ventilación en la parte superior por medio de un antepecho movable.

Los baños son de tina aislada.

PRIMER PISO: Sala de Reunión, Terraza, Tizanería y Botiquín, Ropería, 1 Cuarto de Enfermera, 1 Baño General, 9 cuartos de una cama, 2 Cuartos de dos camas, 2 Baños con tina y 2 Baños con regadera.

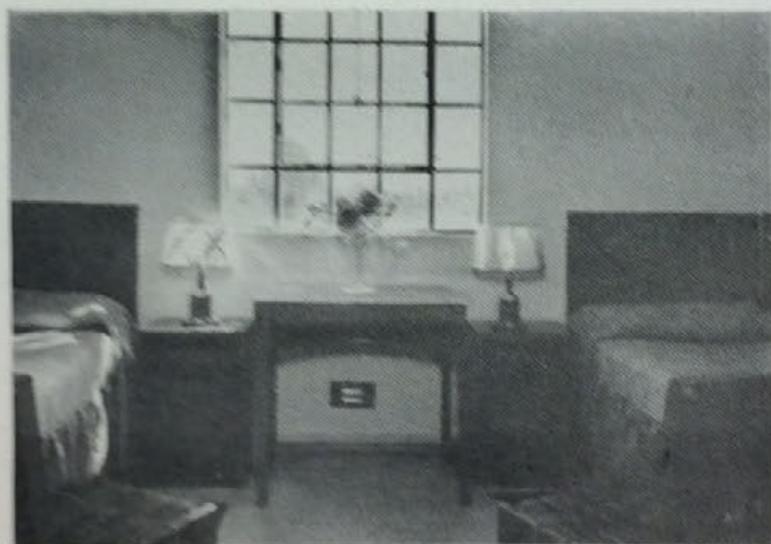


Habitación con una cama

Estos departamentos están ligados entre si por un pasillo de comunicación.

SEGUNDO PISO: Igual al anterior. El cuarto habitación, de 25 metros cúbicos, tiene la cama fija, que durante el día sirve de "Couch" o sofá colocado en el espacio que queda entre la pared y el closet.

Las ventanas se estudiaron de manera que, sin dar aspecto de reja que incomodaria a los enfermos, los espacios



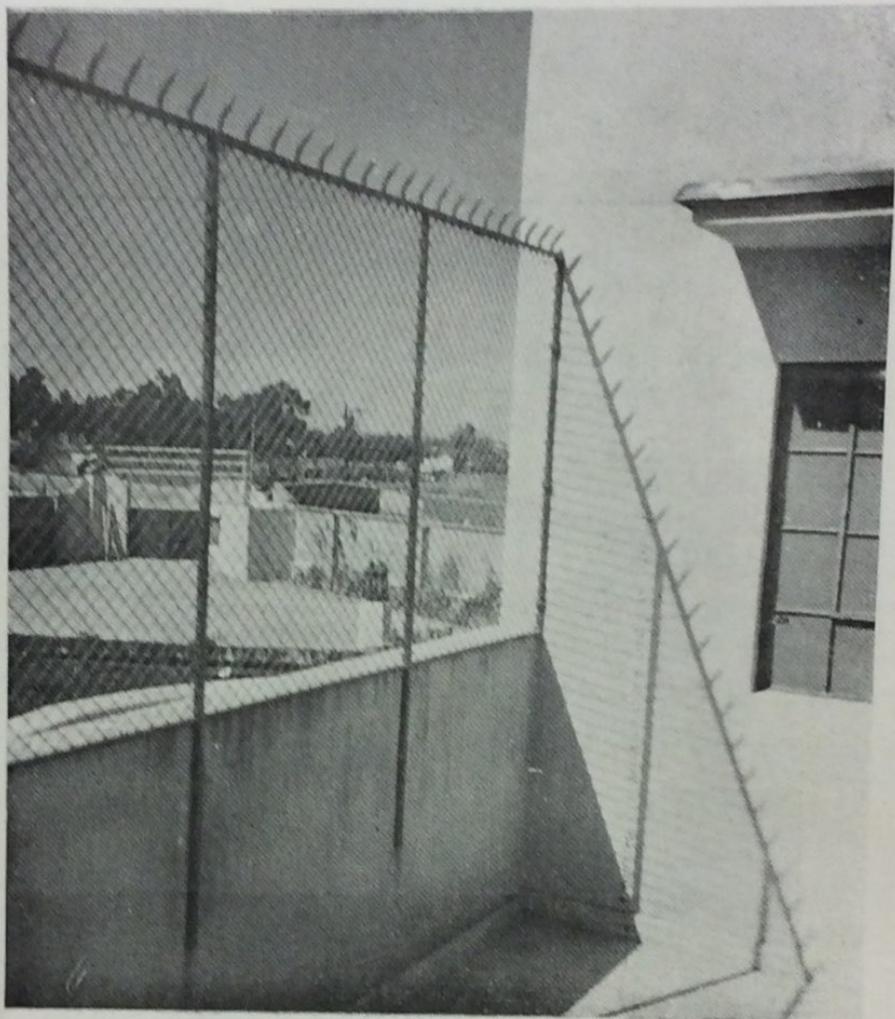
Habitación con dos camas

entre los manguetes sean de tal manera angostos que impidan el paso a una persona.

En su parte central, que abre en balancín, se dispusieron mosquiteros.

La chapa de la puerta tiene llave sólo exteriormente.

Los baños no pueden tampoco cerrarse con llave por el interior.



Detalle de la terraza del primer piso

Se procuraron en todos los muebles y útiles las normas más simples y sintéticas, que seguramente proporcionarán mejor servicio.

Sólo me queda dejar aquí una calurosa felicitación al Doctor Samuel Ramírez Moreno que, conociendo lo difícil de la

obra que se propone realizar, decidido a todo, lleva adelante la creación de este establecimiento que durante largo tiempo sólo le ha proporcionado y le seguirá proporcionando ardua



Entrada al pabellón y terrazas.

tarea, la cual él recibe con esa seguridad y esa serenidad del hombre de altas miras, que sabe que está haciendo un bien por la humanidad y por la patria.

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

Representante para la República Mexicana:

JUAN DE OLLOQUI

Antonio Sola No. 58.

México, D. F.

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.

Enfermería Psiquiátrica

Por el Dr. JUAN PEON DEL VALLE

Jefe del Servicio Neuro-Psiquiátrico de la Clínica del Dr. S. Ramírez Moreno.

Desde el punto de vista de la enfermería psiquiátrica, pueden considerarse dos condiciones de enfermos mentales: los que son atendidos dentro de los frenocomios, y los que son tratados fuera de los sanatorios; y dos condiciones de enfermeros: los graduados o titulados, y los simplemente prácticos.

Las condiciones más frecuentes en nuestro medio son las de enfermos mentales internados, atendidos por enfermeros o mejor dicho por vigilantes más o menos adiestrados. Las otras condiciones son meros casos particulares, y no serán objeto de esta exposición.

El principal hospital neuropsiquiátrico de nuestro país había sido el Manicomio General, en donde los enfermos han sido atendidos por médicos (no siempre especialistas) y por enfermeros y vigilantes sin estudios formales. En este establecimiento se dieron por primera vez los pasos encaminados a la enseñanza de la enfermería psiquiátrica, en 1930, siendo director el Dr. Samuel Ramírez Moreno. Uno de los cursos estuvo a cargo del que esto escribe, y había otros dos profesores, también honorarios, pues nunca las asignaturas fueron oficialmente sostenidas. Naturalmente, después ya esa enseñanza no se ha seguido de manera constante ni con orientación definida.

Tomando en cuenta que la mayoría de los enfermeros y vigilantes de los frenocomios no han cursado enfermería médico-quirúrgica, al fundar su Clínica el Dr. Samuel Ramírez Moreno pugnó por que los enfermeros prácticos adquirieran aparte del adiestramiento necesario, conocimientos teóricos elementales. Encargó al Dr. Carlos Pavón y al autor de

esta exposición, la elaboración de programas, y establecimos dos grupos: el primero, a cargo del Dr. Pavón, recibiría enseñanzas de gramática, anatomía, fisiología y enfermería general teórico-práctica; el segundo, a cargo del que esto escribe, recibiría enseñanzas de anatomía y fisiología, enfermería general y enfermería psiquiátrica teórico-práctica. Los temas que se han estado enseñando a los aspirantes a enfermeros de la Clínica del Dr. Ramírez Moreno, son como sigue:

Anatomía y Fisiología

- 1.—El cuerpo humano. Sus partes.—La celdilla y sus funciones.
- 2.—Regiones topográficas.—Los tejidos y sus funciones.
- 3.—Cabeza.—Organos y sus funciones.
- 4.—Cuello.—Aparatos y sistemas. Sus funciones.
- 5.—Tronco. a) Tórax.—Aparato respiratorio.
- 6.—Tronco. b) Abdomen.—Aparato digestivo.
- 7.—Extremidades.—Aparato cardiovascular.
- 8.—Aparato génito-urinario.
- 9.—Sistema nervioso. Generalidades.
- 10.—Sistema nervioso. Funciones generales.
- 11.—Sistema nervioso. Funciones especiales.
- 12.—Esqueleto óseo. Sistema muscular. Tegumentos, sangre y linfa. Sistema retículo-endotelial. Glándulas de secreción interna.

Enfermería General Teórico-práctica

- 1.—Cualidades del enfermero y sus obligaciones.
- 2.—Manifestaciones de enfermedad; signos clínicos, síndromes, entidades nosológicas.
- 3.—Dolor. Fiebre. Higiene del febricitante.
- 4.—Baños.
- 5.—Vómito. Diarrea. Estreñimiento.
- 6.—Cambios del estado del enfermo. Ictericia, cianosis, palidez, adelgazamiento, peso, manchas, movimientos anormales, excitación, depresión, agotamiento.
- 7.—Ataques, lipotimia, vértigo, síncope, colapso, coma. Ictus apopléctico, ataque epiléptico e histérico, corea, atetosis, temblor, tic, paresia y parálisis.

- 8.—Pulso. Significación y caracteres. Temperatura. Respiración. Gráficas.
- 9.—Disnea. Tos. Disfonía. Mutismo.
- 10.—Inflamación e infección. Enfermedades transmisibles. Cuidados a los infecto-contagiosos.
- 11.—Inmunidad. Asepsia y antisepsia.
- 12.—Hemorragias.
- 13.—Edema. Ascitis. Supuración.
- 14.—Productos patológicos. Orina. Esputos. Exudados.
- 15.—Traumatismos.
- 16.—Asfixia. Intoxicaciones agudas.
- 17.—Maniobras elementales del enfermero. a) Inyecciones. b). Lavados. c) Fricciones. d) Vendajes, apósitos y curaciones. e) Revulsivos, embrocaciones, emplastos, cataplasmas, ventosas. f) Masaje, movilización, reeducación. g) Cateterismo y sondeo.
- 18.—Agonía y signos de la muerte.
- 19.—La especialización en enfermería.

Enfermería Psiquiátrica Teórico-práctica

- 1.—Fines del establecimiento psiquiátrico.
- 2.—Condiciones del enfermero psiquiátrico.
- 3.—El enfermo mental. Los familiares del enfermo.
- 4.—Las funciones mentales y su división práctica. Tratamiento de los agitados.
- 5.—Percepción, atención. Praxiterapia.
- 6.—Memoria, imaginación. Distracción en el interior de los establecimientos psiquiátricos. Salidas.
- 7.—Orientación. Observación de la conducta del enfermo. Su actitud, porte y fisonomía.
- 8.—Ideación. Juicio. El enfermero en la visita médica.
- 9.—Lenguaje. Tratamiento de los negativistas.
- 10.—Afectividad. Partes informativos.
- 11.—Voluntad. Guardarropas de los enfermos, botiquín, objetos diversos.
- 12.—Causas de las enfermedades mentales. El terreno. Constituciones psicopáticas. Padecimientos nerviosos, neuropsíquicos y psicosis puras. Tratamiento de los agotados.

- 13.—Oligofrenias. Atribuciones de los enfermeros; casos en que deben actuar mientras acude el practicante o el médico; actos que no deben ejecutar sin autorización previa. Los informes verbales a los familiares. Lo que no se debe decir ante el enfermo.
- 14.—Neurosífilis. Libretas en clave.
- 15.—Psicosis esquizofrénicas; toxi-infecciosas. Tratamiento del catatónico, del cataléptico, del sonámbulo, del narcoléptico, del letárgico y del comatoso.
- 16.—Regímenes alimenticios.
- 17.—Toxicomanías. Narcosis permanente, balneoterapia continua y sondeo repetido. El enfermero auxiliar en los tratamientos convulsivantes y por otros choques.
- 18.—Epilepsia. Cuidados al puncionado; canalización continua del líquido céfalo-raquídeo.
- 19.—Psicosis maniaco-depresiva. Seniles. Responsabilidad legal del vigilante y del enfermero.
- 20.—Neurosis. Enfermos agresivos. La peligrosidad.

La cátedra de enfermería médica y la de enfermería quirúrgica adecuada a la neuropsiquiatría se hace por medio de conferencias para el desarrollo teórico, y ejecutando prácticamente las cosas señaladas en cada ficha. El lenguaje sencillo, al alcance de la escasa cultura de los enfermeros.

Todo esto se hace mientras se consigue que la Universidad o alguna institución oficial implante de manera formal la preparación especial de los enfermeros titulados para la atención de enfermos mentales y nerviosos. Lo que se intentó en 1936 merece ser consignado: el director de la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas, Dr. Gustavo Baz; el director de la Escuela de Enfermería, Dr. Everardo Landa, y el Dr. Samuel Ramírez Moreno, comisionaron al autor de este trabajo para la creación de una cátedra de Enfermería Psiquiátrica destinada a post-graduados, que no llegó a servirse porque no hubo inscripciones, debido a que no se dieron las facilidades necesarias; el programa aprobado fué como sigue:

Curso teórico-práctico para enfermeras tituladas, parteras tituladas y alumnas de obstetricia graduadas en enfermería. Pruebas de aprovechamiento y certificado final. Los vigilantes expertos en asistencia de enfermos mentales que cursen esta materia tendrán una constancia que los habilite como

auxiliares prácticos de enfermería psiquiátrica y les garantice sus empleos.

- 1.—La especialización en enfermería.
- 2.—Elementos de anatomía y fisiología del sistema nervioso.
- 3.—Las funciones mentales. Generalidades.
- 4.—Nomenclatura o terminología y vocabulario psiquiátrico. Enfermo mental, enajenado, vesánico, loco, alienado, idiota, demente. La conducta. Asilos, manicomios, frenocomios, hospitales psiquiátricos, colonias de alienados, colocación familiar, sanatorios y clínicas.
- 5.—Funciones intelectuales, normales y patológicas. Nociones elementales.
- 6.—Funciones afectivas. Id., id.
- 7.—Funciones volitivas. Id., id.
- 8.—El lenguaje. Dislogias, dislalias, disfasias y disartrias. Agnosias y apraxias. Caracteres caligráficos y psicográficos. Psicometría.
- 9.—El equilibrio psico-físico. Realidad compleja de los desórdenes mentales. Conceptos modernos acerca del psiquismo. Alma, espíritu, conciencia, inconsciente individual y colectivo, la psique, la personalidad, el pensamiento normal discursivo y los pensamientos patológicos.
- 10.—Psicología normal. Tipos psicológicos y constituciones psicopáticas. Higiene mental. Higiene social. Temperamento, Caracterología. Ambiente. Herencia. Peligrosidad.
- 11.—Los síntomas y los síndromes mentales desde el punto de vista de la enfermería psiquiátrica exclusivamente. Excitación psicomotriz. Agitación. Confusión. Depresión. Indiferencia. Agotamiento. Ictus. Coma.
- 12.—Atención a los oligofrénicos y dementes.
- 13.—Atención a los maníacos y deprimidos.
- 14.—Atención a los esquizofrénicos.
- 15.—Atención a los toxicómanos y toxifrénicos.
- 16.—Psiquiatría infantil.
- 17.—Paranoides y paranoicos. La mentalidad de otros enfermos.

- 18.—Histeria. Psicastenia. Epilepsia. Psicopatías sexuales. Psicosis perversas. Simulación, disimulación y sobresimulación.
- 19.—Ataques. Sondeos. Contención. Vigilancias especiales.
- 20.—Enfermería general en los alienados febriles, retencionistas, caquécticos, comatosos, delirantes, traumatizados, heridos, operados, infecto-contagiosos, embarazadas, parturientes, puérperas, lactantes, prisioneros, peligrosos. La "observación".
- 21.—Responsabilidad. Atenciones de urgencia. Relaciones de la enfermería psiquiátrica con la medicina legal.
- 22.—Condiciones físicas y morales de la enfermera psiquiátrica. Discreción. Secreto profesional. Informes y trato de la enfermera con los familiares o encargados de los enfermos. Las reservas respecto del funcionamiento técnico y administrativo de los establecimientos psiquiátricos. Las cartas. El soborno. El compañerismo. El salario y la jornada.
- 23.—Condiciones especiales de la enfermería psiquiátrica en México. Diversidad de condiciones entre las enfermeras o parteras tituladas y los vigilantes prácticos en enfermería psiquiátrica. El porvenir de la especialidad en nuestro medio.
- 24.—El respeto al enfermo mental. El enfermo mental trabajador. El enfermo mental con invalidez total. Utilización social de la invalidez parcial. El recreo, los paseos, la praxiterapia y los esparcimientos de los enfermos en relación con la enfermería. Los profesores de gimnasia, música, labores, talleres, etc., y el papel de la enfermera en la marcha general del establecimiento y en los casos particulares.
- 25.—Los establecimientos psiquiátricos. Sus condiciones, sus fines. Reseña histórica. Estado actual y tendencia para lo futuro. La enfermera o trabajadora social, la enfermera sanitaria visitadora y la enfermera psiquiátrica. La cooperación en los servicios.
- 26.—Obligaciones de la enfermera psiquiátrica con el personal médico, el personal administrativo, los en-

fermos, los familiares de éstos y las autoridades de otros sectores.

- 27.—Clínica propedéutica neuropsiquiátrica rudimentaria para enfermeras.
- 28.—Labor de la enfermera psiquiátrica en el laboratorio y el gabinete. Los productos patológicos de los enfermos mentales. La encefalografía.
- 29.—Los ficheros. Las innovaciones. Colaboración de la enfermera psiquiátrica en la lucha por el mejoramiento social. Trabajos afines.
- 30.—El perfeccionamiento. Capacidad, tiempo y oportunidad. Los detalles. Aptitud personal, sagacidad, seguridad personal y colectiva, eficiencia, simplificación de los llaveros, libros, gráficas y claves. Iniciativa y disciplina. La vida de la enfermera psiquiátrica fuera del ambiente profesional. Participación en el movimiento obrero organizado.

Dr. Juan Peón del Valle. Febrero, 1937.

Los libros de texto para la enseñanza de la enfermería, aun los más recientes hechos en México, olvidan mencionar la atención de enfermos mentales. Los libros extranjeros no se adaptan a las condiciones de nuestro medio. Queda, pues, la necesidad de adiestrar al personal por cuenta propia.

De acuerdo con los conceptos expuestos, el plan seguido y la orientación que nos guía, fácil es comprender que el nuevo pabellón campestre de la Clínica Neuropsiquiátrica del Dr. Samuel Ramírez Moreno, contará con el personal más adecuado para la atención neuropsiquiátrica en México. Se considerará allí también, como en el sanatorio que vive desde 1931, la importancia capital que tiene el personal apto en el ramo de enfermería psiquiátrica.



TRANSPARENTES AUTOMATICOS LAVABLES DUPONT-TONINE

Se limpian fácilmente con agua, jabón y un cepillo,
y son propios, por lo mismo, para todos aquellos
establecimientos en que se requiere estricta higiene.
La Clínica del doctor Samuel Ramírez Moreno los
tiene en uso y agradecemos la confianza que ha
dispensado al producto.

GUILLERMO SCHEFOLD

Av. A. Obregón Núm. 12.

Eric. 4-10-90

MEXICO, D. F.

OVOCALCIO

“ E R B A ”

Lipoides estimulantes de la actividad protoplasmática asociados al Isobutirato de Calcio.

PARA USO INTRAMUSCULAR

CAJA DE 6 AMPULAS DE 5 C.C.

CADA AMPULA CONTIENE:

Lecitina ex-ovo purísima.	20 egr.
Isocalcio Erba (Isobutirato de Calcio)...	10 egr.
Solución fisiológica.	5 c.c.

AGENCIA CARLO ERBA DE MEXICO

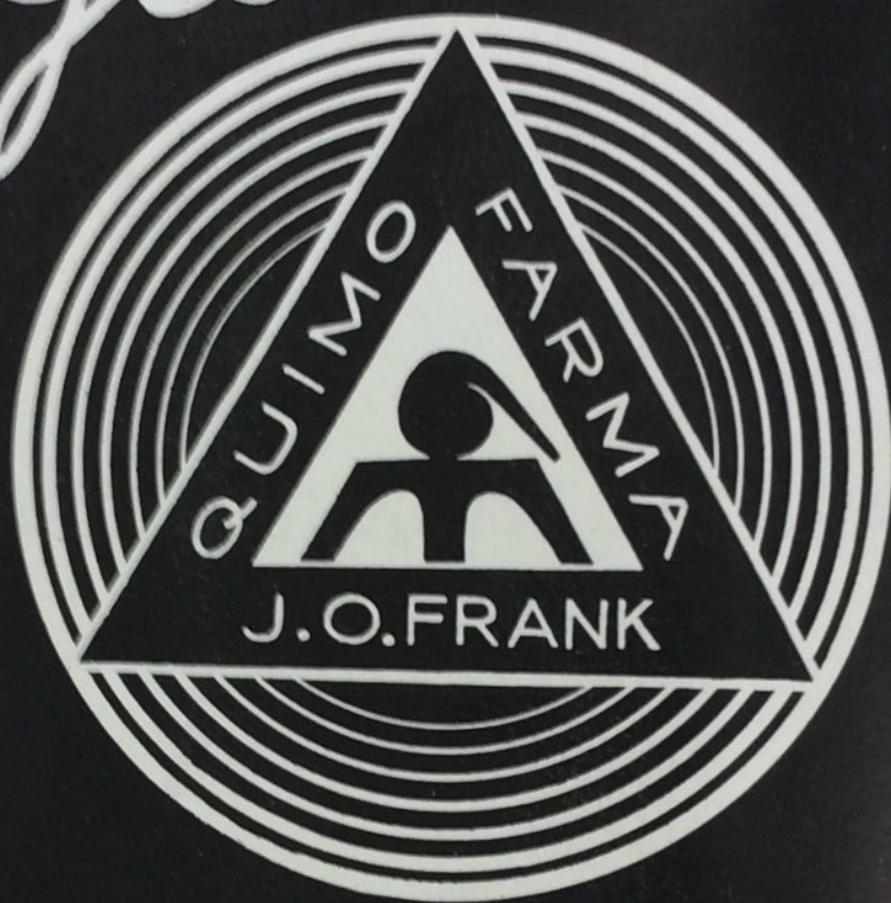
Dr. FRANCO BALDI

Barcelona No. 27.

México, D. F.

Reg. No. 19090 D.S.P.

Glucalín



**Inyecciones hipodérmicas de Glucosa
y Calcio para la terapéutica osmótica
y para combatir la debilidad cardiaca.**

Reg. No. 17220-D. S. P.

El Radiodiagnóstico Neurológico y el Electrodiagnóstico

Por el Dr. TEODORO FLORES COVARRUBIAS,
Radiólogo y Electrólogo de la Clínica del Dr. Samuel Ramírez
Moreno.

Los continuos progresos de la clínica neurológica y de la técnica general alrededor del inquebrantable edificio construido por los grandes maestros neurólogos de mediados del siglo pasado y principios de éste han hecho necesario que en la exploración rutinaria del enfermo neurológico, al igual que otro tipo de enfermo en su tanto, sean auxiliares de primer orden los rayos Roentgen y el conjunto de medios de exploración que utiliza las diversas reacciones que la corriente eléctrica provoca en el organismo, los que conocemos con el nombre de Electrodiagnóstico, procedimientos que han sido grandemente enriquecidos con la moderna exploración de la cronaxia neuro-muscular y sensitiva, percutánea, cuyo exponente máximo técnico es Georges Bourgignon.

Grandes progresos se están también realizando no sólo en la fisiología del sistema nervioso, tanto central como periférico, sino igualmente en la patología del mismo, con el novísimo procedimiento de la "Electro-encefalografía" y "Electro-neurografía", métodos que se basan en un principio enteramente análogo al de la "Electro-cardiografía"; más aún cuando ya tenemos en uso el "Osciloscopio de rayos catódicos", aparato que permite visualizar e inscribir fenómenos vibratorios electromagnéticos sin error mecánico y de frecuencias de cualquier orden.

En las siguientes líneas se resumirá brevemente el estado actual en que se encuentra la técnica de estos métodos.

LA TECNICA RADIOLOGICA EMPLEADA EN NEUROLOGIA

Puede decirse en principio, que el instrumental empleado en la técnica radiológica en la exploración del sistema nervioso no difiere del equipo empleado para los trabajos corrientes, desechando terminantemente los aparatos pequeños, puesto que en la actualidad los ojos del radiólogo y del clínico son mucho más exigentes, pidiendo al radiograma el detalle suficiente, la penetración adecuada y la limpieza necesaria; por esto es necesario emplear tubos Roentgenológicos de mancha fina, de potencia racional (100 kilovoltios 100 miliamperios) y sobre todo disponer de antidifusores apropiados para cada caso, siendo los más usados las modernas pantallas de rejilla ultra-fina y los antidifusores corredizos, muy recomendables los curvos o centrados o los de doble rejilla móvil. Cualquier equipo flexible resulta perfectamente adecuado para la neuro-radiografía, siendo, sin embargo, el ideal el "Radiógrafo de Lysholm", para la radiografía craneana.

Siempre que las condiciones del enfermo lo permitan, es de regla tomar cuando menos dos clichés de incidencia perpendicular, el uno con respecto al otro, es decir: uno en posición sagital-placa y el otro en posición transversal-placa; pero a menudo, especialmente en el examen de las cavidades ventriculares y espacios sub-aracnoideos, es conveniente multiplicar las imágenes. Así por ejemplo, en una encefalografía es de rigor tomar cuatro posiciones: la frente-placa, la occipucio-placa, la lateral derecha-placa y la lateral izquierda-placa. En ciertas circunstancias estas posiciones se completarían con las llamadas posiciones de "Hirtz", es decir: mentón-vértex-placa o vértex-mentón-placa. Más adelante se analizarán las XII clásicas posiciones de Lysholm.

Como puede verse, es de capital importancia, por lo menos en ciertos casos particulares, colocar la parte por radiografiar en el eje-anodo-placa adecuado, lo que da la clave para poder visualizar en la placa la porción requerida.

En la radiografía raquídea simple y en la "mielografía", casi siempre bastan dos posiciones: la lateral y la sagital; aunque en ciertos casos dudosos son de valor inapreciable las radiografías estereoscópicas.

En mi concepto, este último procedimiento —la estereoradiografía junto con la planigrafía— debe perfeccionarse en un grado tal, que las dificultades técnicas que les son propias, se faciliten con la construcción de aparatos apropiados, pues no está lejano el día en que la obtención de clichés dobles estereoscópicos entre en la práctica rutinaria diaria, ya que el que ha visto una radiografía estereoscópica —pongo el caso de una espondilopatía—, realmente comprueba la bondad del procedimiento diagnóstico, al comparar la visión estereoscópica con la imagen simple.

La radiografía simple de las envolturas óseas del neuroeje, la de los centros nerviosos o cavidades ventriculares o raquídeas inyectadas con sustancias heterófanas, así como las de las porciones esqueléticas u orgánicas que se alteran con las neuropatías, constituyen la "Exploración neurorradiológica indirecta", en oposición a la "Exploración neurorradiológica directa" que visualiza directamente las porciones nerviosas afectadas. Se comprende, desde luego, que es mucho más extensa la sintomatología que proporciona el primer método con respecto al segundo.

CRANEOGRAFIA.—Las posiciones más usuales y los datos que muestran, en la radiografía simple del cráneo, son:

a).—Posición lateral derecha-o-izquierda-placa. En esta posición se muestra un corte sagital de la cabeza ósea; en ella se ven principalmente, la bóveda craneana y el piso craneano con sus tres fosas: la anterior, la media y la posterior; es una buena posición para mostrar la silla turca. El macizo óseo facial, así como las cavidades neumáticas especialmente las frontales son bien visibles. Cuando la radiografía se contrasta en su máximo y sobre todo si es estereoscópica, pueden apreciarse claramente los surcos vasculares arteriales y venosos de ambos lados.

b).—Posición frente-placa. En esta imagen se comprueba el diseño de un corte transversal del cráneo. Fácilmente se aprecian las impresiones digitales y eminencias mamilares. Lateralmente se hacen apreciables los surcos originarios de las ramificaciones de la arteria meníngea media; las regiones temporo-mastoideas-rocosas se aprecian bien; las cavidades neumáticas son muy visibles al igual que las suturas óseas.

c).—Posición occipucio-placa. Los mismos detalles que en la anterior, pero especialmente la sutura lamdoidea y las impresiones óseas de los senos laterales y presa de Herófilo.

d).—Posición vértex-mentón-placa. Esta imagen suministra los detalles anatomo-radiológicos sobre todo de la fase media y posterior. Es la posición en que mejor se dibuja el seno esfenoidal. Las pirámides petrosas, el agujero occipital y apófisis bacilar también son visibles.

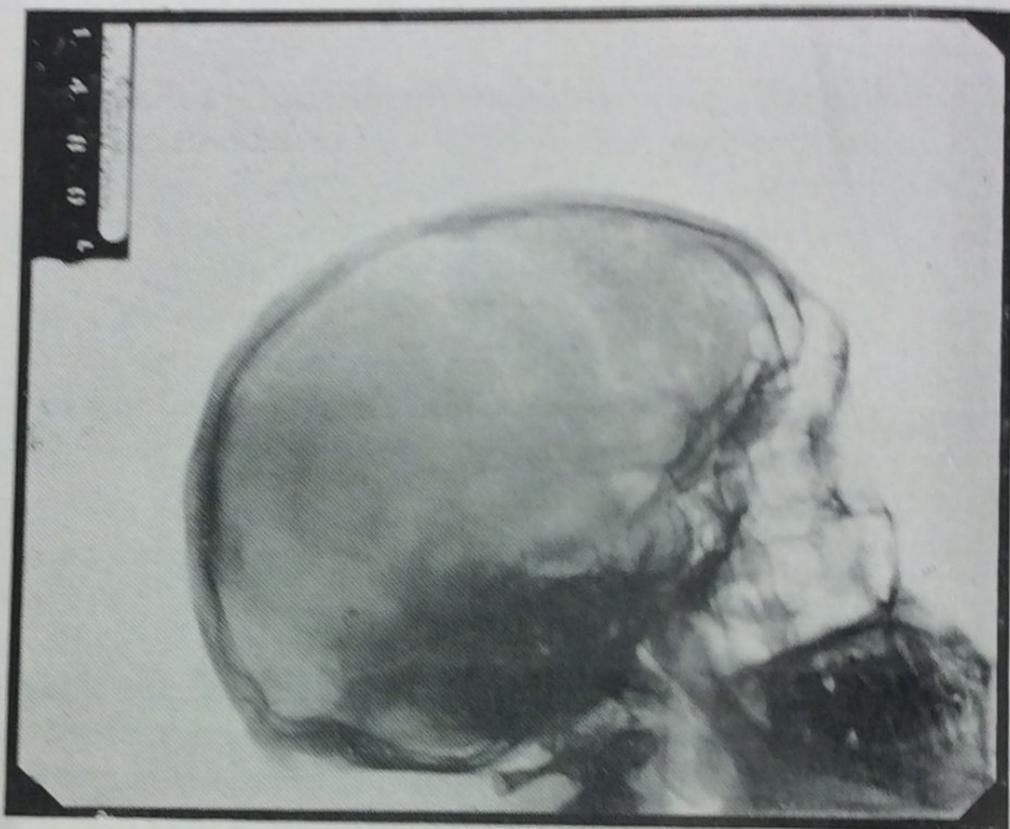


Fig. No. 1.—Craneografía simple; posición lateral izquierda-placa. Gran crecimiento de la silla turca. Reducción simétrica del campo visual. Gigantismo.

DIAGNOSTICO: Adenoma hipofisario.

e).—Posición mentón-vértex-placa. Suministra una proyección de la base del cráneo. Fácilmente se aprecian la fosa anterior y el etmoides.

f).—Posición de Stenver. Esta importante posición muestra sobre todo, la roca, el oído medio, la fosa y eminencia arcuatas, siendo también la posición electiva para mostrar la apófisis mastoides. Tiene suma utilidad en los procesos neoplásicos del acústico y las fracturas de la base.

g).—Posición fronto-timpánica-parietal-placa. En los pa-

decimientos del apex y del canal acústico, reporta interesantes datos esta posición.

h).—Posición del "Twone Twining". Es la electiva para demostrar las fracturas del occipital y radiografiar la fosa occipital o posterior.

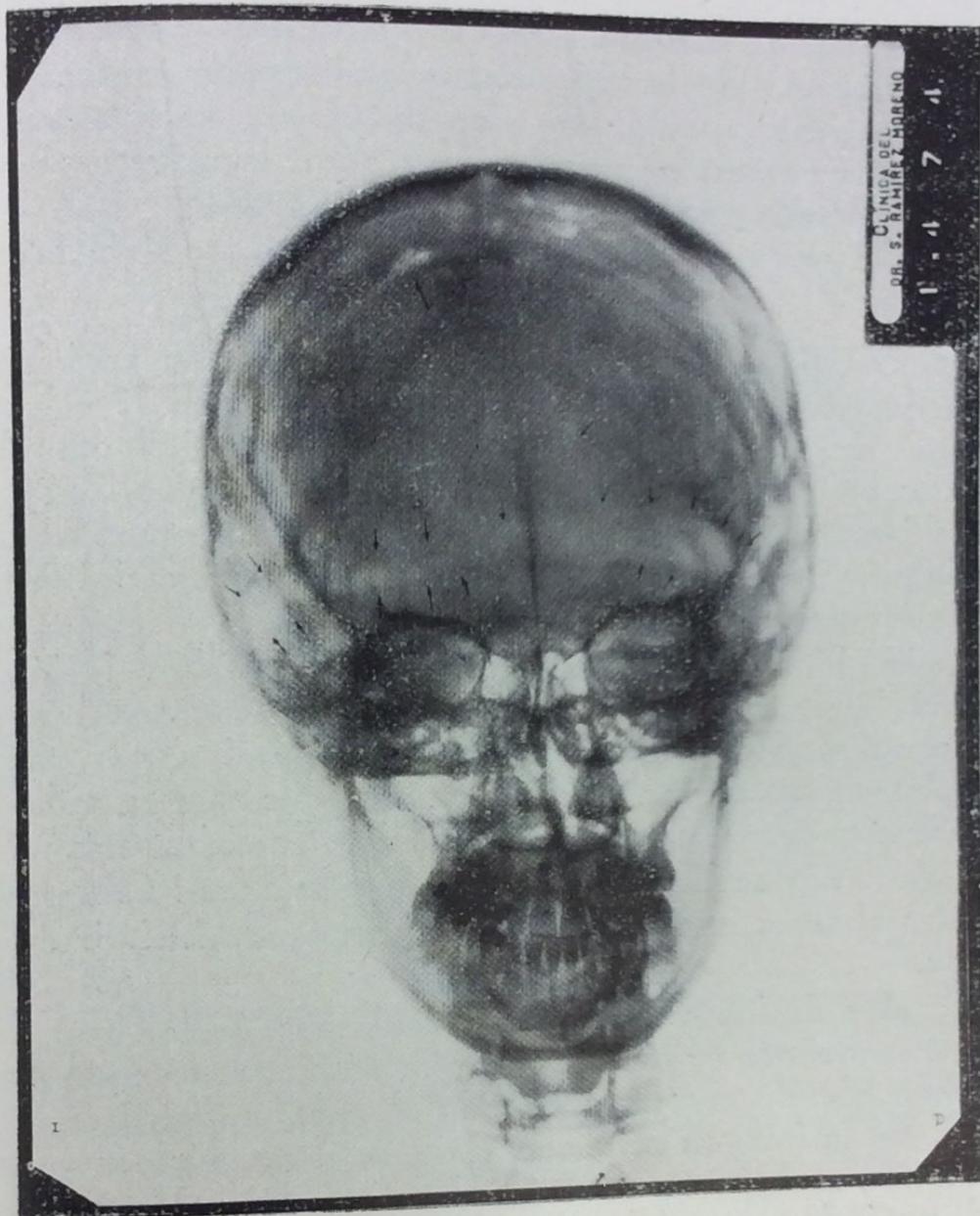


Fig. No. 2.—Craneografía simple. Gran visibilidad de ambos senos laterales; síndrome de hipertensión craneana arterio-venosa.

La craneografía puede revelar lesiones primitivas de los huesos craneanos que pueden provocar fenómenos irritativos, compresivos o de crisis epilépticas. A estos trastornos corresponden las fracturas, las periostitis sifilíticas, el sarcoma osteogénico, los osteomas simples, las osteítis esclerosas.

Entre las alteraciones derivadas de padecimientos encefálicos corresponde principalmente el llamado "Síndrome de hipertensión craneana radiológica", el que esencialmente se descubre en la imagen radiográfica por la exageración de las impresiones digitales y eminencias mamilares y aun en los casos extremos por el ensanchamiento de las suturas interóseas. Este fenómeno es debido al empuje interno, a menudo excéntrico, ejercido por la hipertensión del órgano contenido en la caja craneana cuando, por ejemplo, existe un tumor cerebral. En otros casos se comprueban adelgazamientos de las paredes craneanas como en los meningeomas.

La silla turca en muy variados procesos, se deforma notablemente.

ESPONDILOGRAFIA.—En la visualización radiológica directa del canal óseo de la médula, es decir, de la columna vertebral, se encuentra que es relativamente fácil descubrir los siguientes padecimientos cuando existen. Costillas supernumerarias cervicales, las que por demás casi nunca ocasionan ninguna sintomatología por ser de consistencia cartilaginosa muy poco calcificadas.

Espina bifida: la que resulta de la incompleta fusión de una o más láminas vertebrales y aun de un cuerpo vertebral con el consecutivo, de donde se divide el padecimiento en parcial o completo, siendo este último incompatible con la vida. Su principal síntoma clínico es el conocido "meningocele".

Traumatismos de la columna vertebral con compresión medular: el tema es demasiado conocido para insistir en este lugar.

Hernias de los discos interarticulares: de las que clínicamente se conoce su sintomatología, sólo cuando comprimen la médula, siendo entonces cuando el enfermo recurre al radiólogo. En la imagen sólo son visibles estos núcleos cuando por fractura o algún otro proceso han invadido el cuerpo vertebral, notándose en el lugar mencionado una mancha semi-esférica más o menos clara y de bordes regulares. Cuando la hernia está dirigida hacia el canal medular los signos radiológicos son generalmente muy escasos, ayudando grandemente en este caso la estereoradiografía.

Metastasis carcinomatosas vertebrales; puede decirse que el caso es tan frecuente, especialmente en los post-operados de cáncer, que no hay médico que haya tenido la ocasión

de Pierre Marí", que como su nombre lo indica, produce sobre todo irritación radicular.

La "Espondilizema", que cuando es exagerada, provoca la sinuosidad del canal medular con las consecuencias correlativas.

La "Espodilolistesis", que en ciertos casos puede provocar también compresiones medulares.

He tenido oportunidad de observar en un caso de "Espondilexartrosis", la compresión de una de las ramas izquierdas del plexo lumbar.

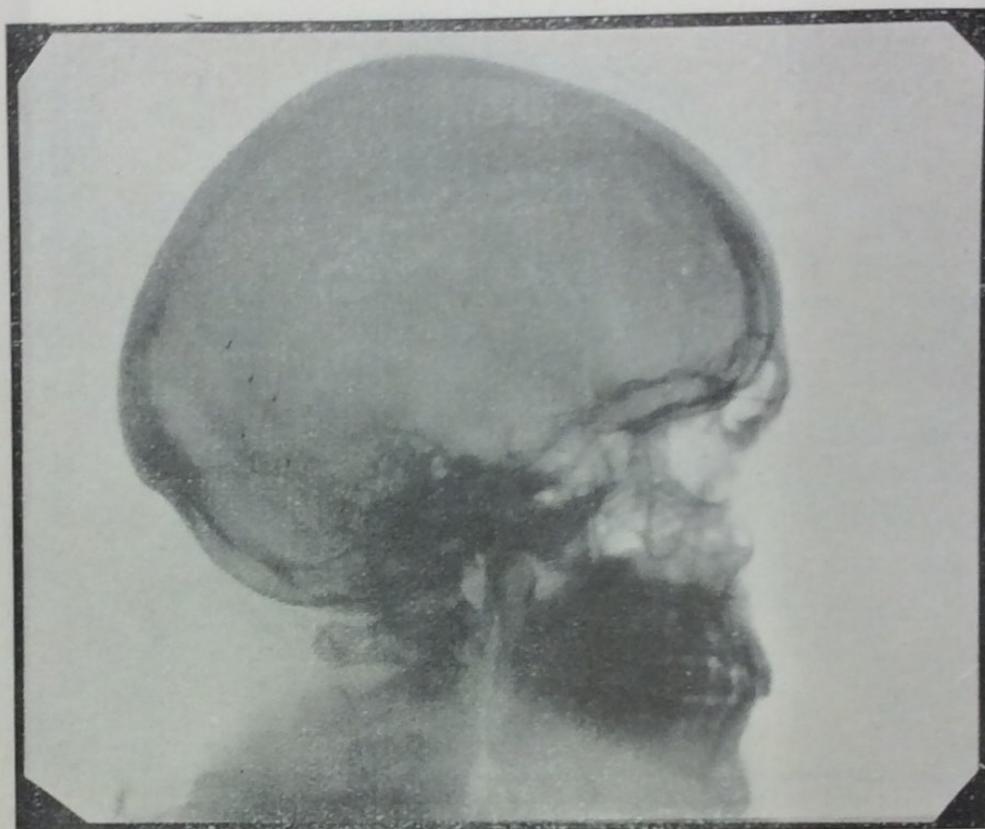


Fig. No. 3 bis.—Craneografía simple. Astrocitoma cerebeloso.

RADIOGRAFIA DEL ESQUELETO, DE LOS MIEMBROS Y DE ALGUNOS ORGANOS QUE APORTAN DATOS A LAS NEUROPATIAS.—La radiografía de estas partes del cuerpo, puede suministrar elementos muy interesantes para la ayuda del radiodiagnóstico neurológico; mencionaré algunos casos concretos.

Dos tipos son los principales de articulaciones patológicas debidas a neuropatías, a saber: la osteoartritis neuropática hipertrófica que es muy común y la atrófica que lo es

menos, siendo las principales causas la tabes dorsal, la siringomielia y la mielodisplasia.

Las artropatías tabéticas originan lo que se conoce con el nombre de "Articulación de Charcot", que radiológicamente se caracteriza por destrucción avanzada de las superficies articulares y masas calcificadas irregularmente diseminadas en el perímetro articular. El esqueleto del pie tabético también es característico, pues a resultas de la ataxia el arco del pie se rectifica, resultando el pie plano. Al mismo tiempo hay destrucción de los huesos tarsianos principalmente del astrágalo y escafoides; raramente son atacados los cuneiformes y metatarsianos. La úlcera perforante del pie, de etiología tabética y articulación metatarso-falángica del dedo grueso.

Las fracturas provocadas o espontáneas tabéticas, se distinguen de las de los huesos largos normales, en que la línea de fractura es transversa y no oblicua o espiroidea como se observa habitualmente.

En la siringomielia, se observan trastornos esqueléticos parecidos a los descritos en el párrafo anterior.

En la poliomiелitis anterior aguda, casi siempre quedan como secuelas, trastornos en el crecimiento de los huesos. Los huesos afectados de los miembros son cortos y su diáfisis delgada. Las epífisis son menos atacadas generalmente.

VISUALIZACION DE LOS CENTROS NERVIOSOS CON SUBSTANCIAS RADIO-OPACAS O CON SUBSTANCIAS HETEROFANAS.—Este método consiste esencialmente en la inyección de las diversas cavidades nerviosas, inclusive las arteriales, con sustancias radio-opacas, o bien con sustancias heterofanas, es decir, más o menos opacas que las porciones por radiografiar, como oxígeno o simplemente aire. La arteriografía cerebral, método que fué primeramente preconizado por Egaz Moniz, de Lisboa, originalmente empleaba la inyección en la carótida primitiva, previa ligadura temporal de la carótida externa, de una solución de yoduro de sodio; posteriormente y por carecer de propiedades irritantes, se empleó el Thorotrast, que es una suspensión coloidal de dióxido de torio.

Técnica: bajo anestesia local, se practica una pequeña incisión para descubrir la carótida primitiva. Para suprimir momentáneamente la circulación de la carótida externa o

bien se puede ligar temporalmente con pinzas arteriales o más fácilmente con un compresor de botón neumático. En seguida y con una aguja de platino algo gruesa, se inyecta bajo presión con jeringa de 10 a 12 c. c. de la sustancia opaca. Simultáneamente se practica la radiografía en la proyección que se juzga más adecuada, procurando emplear una intensidad tal que permita exposiciones de un segundo, debiendo

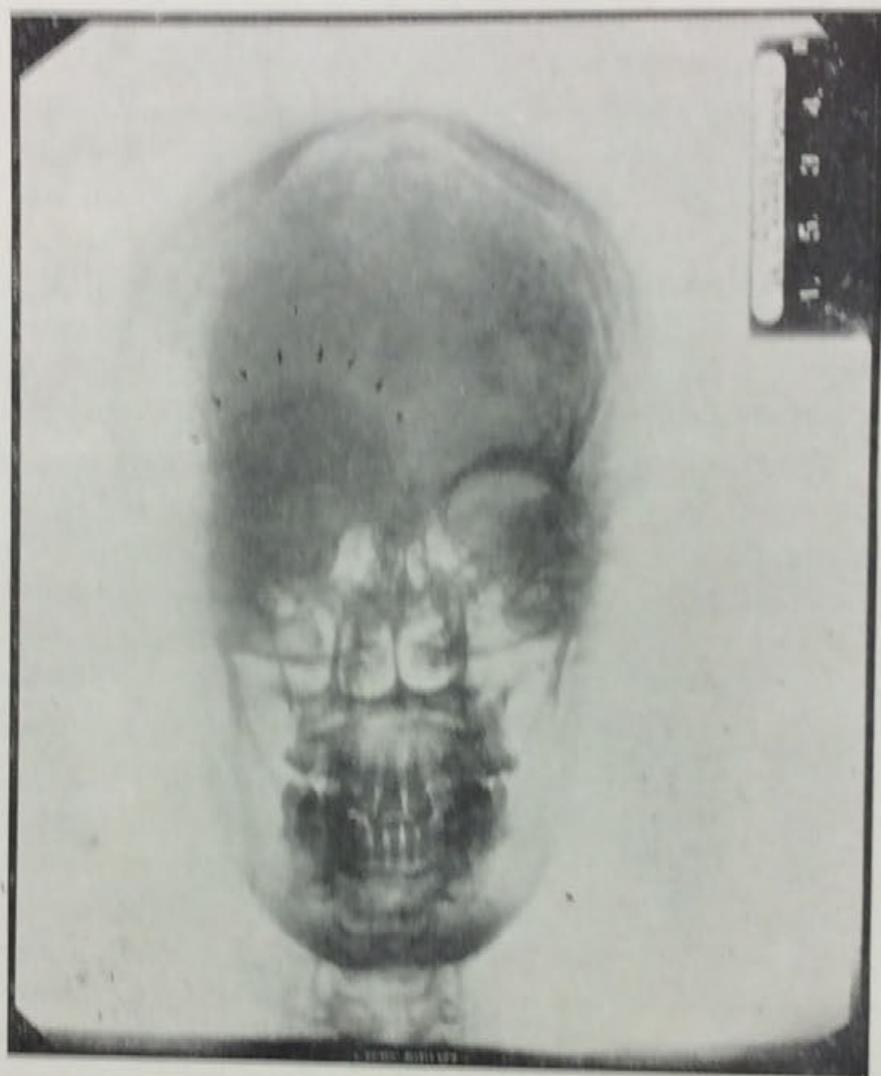


Fig. No. 4.—Craneografía simple. Posición frente-placa; tumor óseo de la roca izquierda.

durar algo más el tiempo que toma el vaciamiento total de la jeringa.

Es un método de valor inapreciable, desde el punto de vista diagnóstico, en los tumores de la cavidad cefálica; pero se le achaca, el de presentar las dificultades técnicas que le

son propias, y además, de agravar los síntomas de ciertos padecimientos cefálicos.

En cambio, la visualización de las cavidades encefálicas, mediante la sustitución del líquido céfalo-raquídeo por aire filtrado es actualmente de uso corriente, y en la Clínica del Dr. Samuel Ramírez Moreno, ya se tiene perfectamente sistematizada este tipo de exploración cuando está indicada.

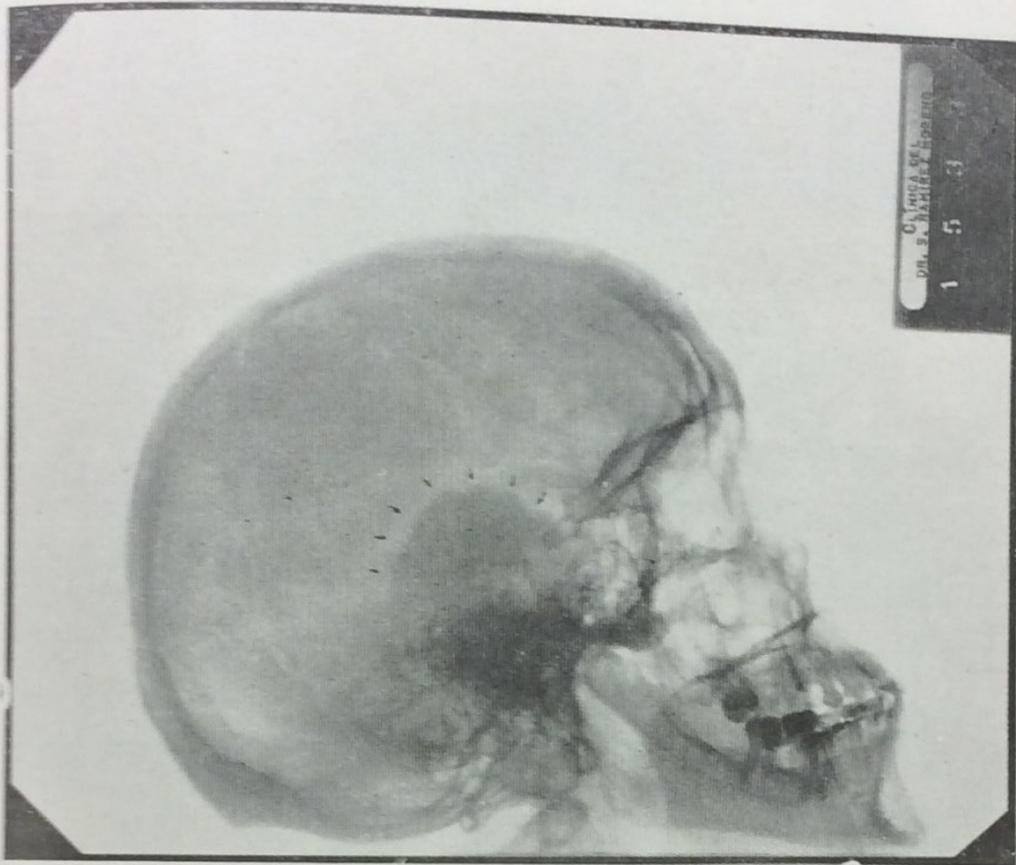


Fig. No. 5.—Craneografía simple. Posición lateral izquierda-placa; tumor óseo de la roca perfectamente circunscrito.

Sabido es que las vías de entrada del aire, son dos, ya sea puncionando directamente los ventrículos laterales, lo que constituye la VENTRICULOGRAFIA, o bien por la ruta lumbar o suboccipital (cisterna magna) lo que se denomina ENCEFALOGRAFIA.

Ambos métodos son muy útiles y tienen indicaciones precisas.

En la ventriculografía —el aire, oxígeno, o bióxido de carbono— se introduce en los ventrículos laterales, los que pueden ser perforados en varios puntos, según las condiciones; la mayoría de los neuro-cirujanos prefieren hacer la

puntura del cuerno ventricular occipital. Con este método los vasos sanguíneos importantes, el área de Rolando o sea la zona psico-motriz, son evitadas y hay menos riesgo de perforar un tumor puesto que los tumores occipitales son menos

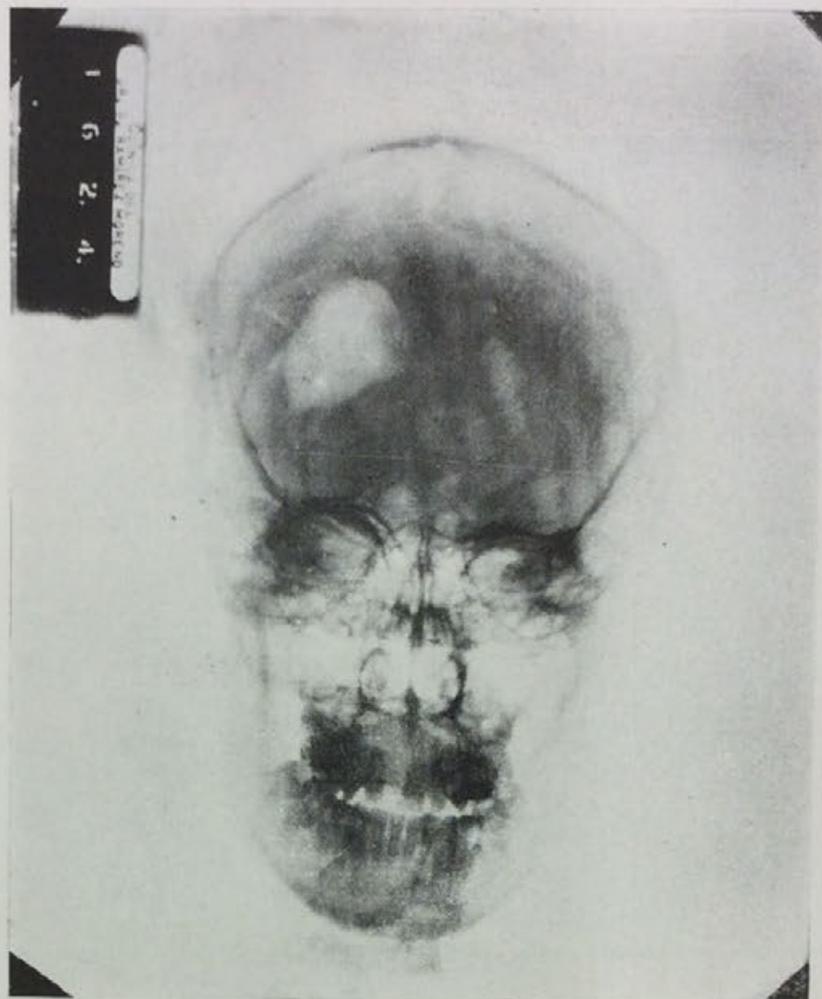


Fig. No. 6.—Encefalografía; punción raquídea lumbar. Tensión inicial del líquido céfalo-raquídeo: 30 cms. de agua (Claude). Pruebas de Brinck: derecha 36 cms. de agua; izquierda 39 cms. de agua. Prueba de Quenckens-teadt: 55 cms. de agua. Extracción de 30 cc. de líquido céfalo-raquídeo. Inyección de 35 cc. de aire; posición sentado; método fraccionado.

Proyección V de Lysholm.

INTERPRETACION RADIOGRAFICA: Gran dilatación del ventrículo lateral izquierdo por la atrofia de la zona córtico-motriz (con hemiplejia derecha). Por la radiografía pudo deducirse la antigüedad de la lesión hipertrófica compensadora del lado opuesto; se traduce por disminución de volumen del ventrículo lateral derecho.

frecuentes y de diagnóstico clínico más fácil, dados los síntomas visuales que provocan generalmente. Puede darse como regla, que la cantidad de aire inyectado debe ser en total,

un 5% menos que la de líquido céfalo-raquídeo extraído, teniendo en cuenta la expansión del gas; esta regla es importante tenerla en cuenta sobre todo cuando se extraen grandes cantidades de líquido como en los hidrocefalos por ejemplo. Una vez inyectado el gas se extrae la aguja ventriculográfica y pasa el paciente a la mesa radiológica.

Con este procedimiento se obtiene una imagen clara del sistema ventricular; pero desde luego no sub-aracnoidea. A pesar de que el método requiere una preparación quirúrgica completa, la cefalea y reacción meníngea son un poco menos fuertes que con la encefalografía. En los tumores basales es el método de elección.

En la encefalografía los espacios sub-aracnoideos se hacen visibles, aparte de la imagen ventricular, mediante la inyección de gas a través de la vía lumbar o suboccipital.

Desde luego, este último procedimiento es mucho más fácil practicarlo, puesto que la técnica operatoria es relativamente más sencilla que en la ventriculografía.

La ventriculografía está indicada en todos los padecimientos en que se sospechan cambios en la forma ventricular, especialmente en los neoplasmas. Lysholm los ha clasificado en los siguientes grupos, desde el punto de vista radiológico:

A.—Tumores de la convexidad.

I.—Tumores medios o parasagitales.

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| a).—Tumores anteriores frontales. | } Corresponden al tercio anterior del seno longitudinal. |
| b).—Tumores posteriores frontales. | |
| c).—Tumores fronto-parietales. | } Correspondiendo al tercio medio del seno longitudinal. |
| d).—Tumores parietales. | |
| e).—Tumores occipitales. | } Correspondiendo al tercio posterior del seno longitudinal. |

II.—Tumores laterales, incluyendo los de la fisura de Silvio.

B.—Tumores de la base (incluyendo los tumores temporales).

- a).—Sub-frontales.
- b).—Supra e intra-sillares.
- c).—Temporales anteriores.
- d).—Temporales posteriores.

C.—Tumores centrales, originados en los Cuerpos Es-triados en el Tálamo, o en sus inmediatas relaciones.

D.—Tumores intraventriculares.

E.—Tumores originados en el Séptum Lúcidum y en el Cuerpo Calloso.

Todos estos padecimientos originan deformaciones, especialmente en los ventrículos laterales, deformaciones que se traducen por imágenes determinadas en las diversas proyecciones radiográficas.

La ventriculografía estaría contra-indicada, en aquellos padecimientos en que precisa también tener imagen sub-aracnoidea o bien en donde no se pueda practicar la punción ventricular, previa trepanación.

La encefalografía encuentra sus indicaciones en:

I.—La epilepsia con o sin localización evidente de lesión clínica, en muchos casos descubre lesiones tributarias a un tratamiento quirúrgico; en otros la misma introducción del aire provoca fenómenos favorables sobre los síntomas de esta enfermedad.

II.—En la cefalea persistente post-traumática.

III.—En los padecimientos post-meníngicos o post-encefálicos en donde se puede apreciar las sínfisis meníngicas.

IV.—En los casos de reblandecimientos cerebrales, por trombosis arterial, en que se sospecha atrofia cortical y por consiguiente dilatación ventricular o bien quistes porencefálicos.

Las principales contraindicaciones de la encefalografía son:

I.—En los edemas papilares avanzados.

II.—Tumores de la fosa posterior craneana y aun de la base.

III.—En las meningitis agudas.

Mediante la encefalografía pueden apreciarse los siguientes detalles de la imagen radiográfica: los tubérculos cuadrigéminos; los grandes lagos formados por los hemisferios y circunvoluciones cerebrales. Los flúmina, rivi y rivuli sub-aracnoideos y por supuesto, todo el sistema ventricular; en las deformaciones de la proyección radiográfica de estos detalles anatómicos radica la interpretación de las imágenes roentgenianas.

Un dato que viene a corroborar ciertos hechos relacio-

nados con las anomalías encontradas en la radiografía, es el estudio de las pruebas hidráulicas del líquido céfalo-raquídeo en su íntimo paralelismo con la circulación arterio-venosa. Me refiero principalmente a los bloqueos u obturaciones que pueden existir en las diversas comunicaciones de la corrien-

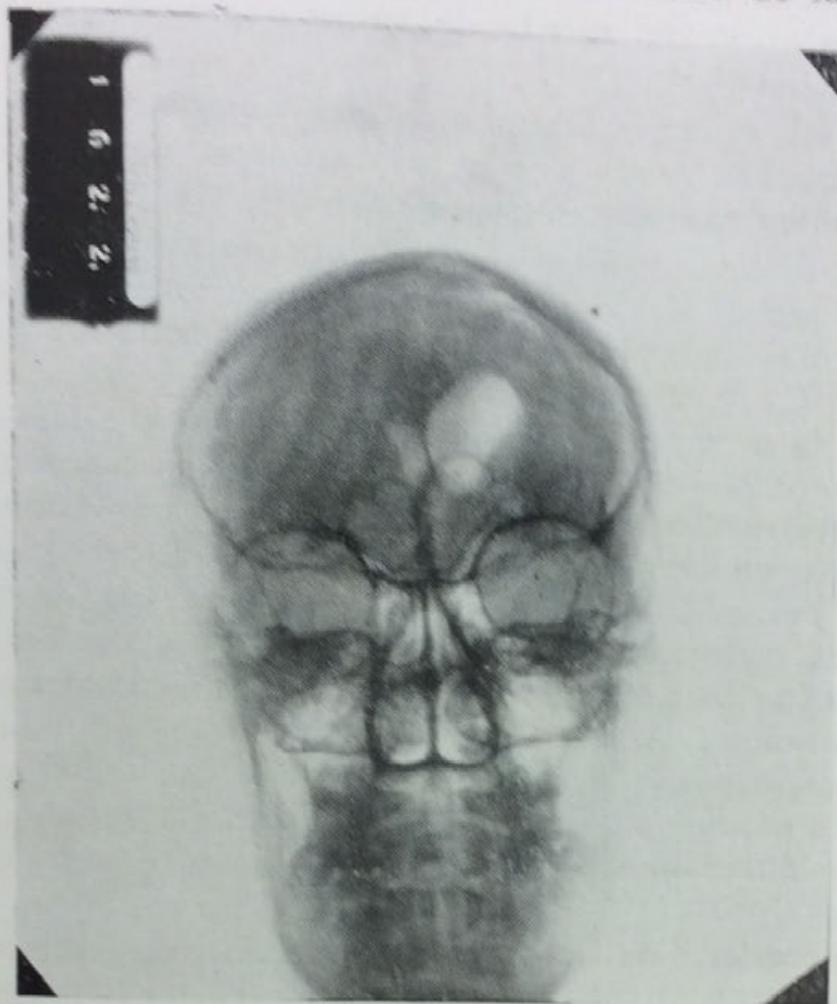


Fig. No. 7.—El mismo caso anterior, pero en proyección I de Lysholm.

te del líquido céfalo-raquídeo, a saber: los espacios sub-aracnoideos medulares y el canal del epéndimo; el agujero de Magendie y acueducto de Silvio; los agujeros de Lushcka y los agujeros de Monro. También en ciertos padecimientos de los plexos coroides o de las granulaciones de Pachioni y de los senos venosos.

Las principales pruebas en cuestión son:

- a).—La tensión inicial del líquido céfalo-raquídeo;
- b).—El alza de tensión con la compresión de la vena yugular externa derecha y luego la izquierda sucesivamente. Esta maniobra fué ideada por William Brinck.

c).—El alza de tensión del líquido por la compresión de las yugulares simultáneamente o maniobra de Quenckens-teadt.

d).—El alza de tensión del líquido mediante el esfuerzo.

e).—Las modificaciones de presión del líquido mediante la inhalación del nitrito de amilo o prueba de Elsberg y Hare.

f).—El examen bioquímico del líquido céfalo-raquídeo que en muchos casos puede aclarar aspectos etiológicos de las imágenes radiológicas patológicas.

Inmediatamente después de substituir el líquido céfalo-raquídeo por el aire en la proporción que en anterior párrafo quedó mencionada se procede a la obtención de los clichés radiográficos. A este respecto ya ha sido perfectamente reglamentada la técnica radiológica por Lysholm y además de insistir este autor en que la calidad de rayos Roentgen debe ser perfectamente seleccionada para cada caso clínico, según se prefiera visualizar los distintos planos encefálicos en los diversos cráneos y posiciones, ha también ideado las doce posiciones en que se puede radiografiar la extremidad céfalica para poder comprobar la posición de la burbuja de aire según no sólo la orientación respecto del eje anodo-placa, sino también por la acción que ejerce la gravedad tratándose de dos medios de densidad tan diferente como un gas y el líquido encefálico; en seguida me limito a mencionar estas clásicas posturas.

Proyección I de Lysholm: Línea de Frankfurt vertical; occipucio hacia abajo descansando en la placa; eje anodo-placa pasando verticalmente por el nasion.

Proyección II de Lysholm: La cabeza descansando como en la proyección I. El eje anodo-placa inclinado a 45° con respecto a la línea de Frankfurt pasando por la protuberancia frontal.

Proyección III de Lysholm: La cabeza descansando como en la proyección I, pero la placa lateral derecha o izquierda y el eje anodo-placa pasando por el obelion.

Proyección IV de Lysholm: Posición de la cabeza como en la proyección anterior pero el eje anodo-placa pasando horizontalmente por el obelion encontrándose la cabeza en hiperextensión, lo que se logra mediante cojines colocados en la región cervical.

Proyección V de Lysholm: La frente hacia abajo descansando en la placa; el eje anodo-placa pasando por la línea de Frankfurt.

Proyección VI de Lysholm: La cabeza descansa como en la proyección V, pero el eje anodo-placa formando 45° con la vertical y pasando por el opistion.

Proyección VII de Lysholm: La cabeza con la frente hacia abajo; la placa lateral derecha o izquierda y el eje anodo-placa pasando por el asterion.

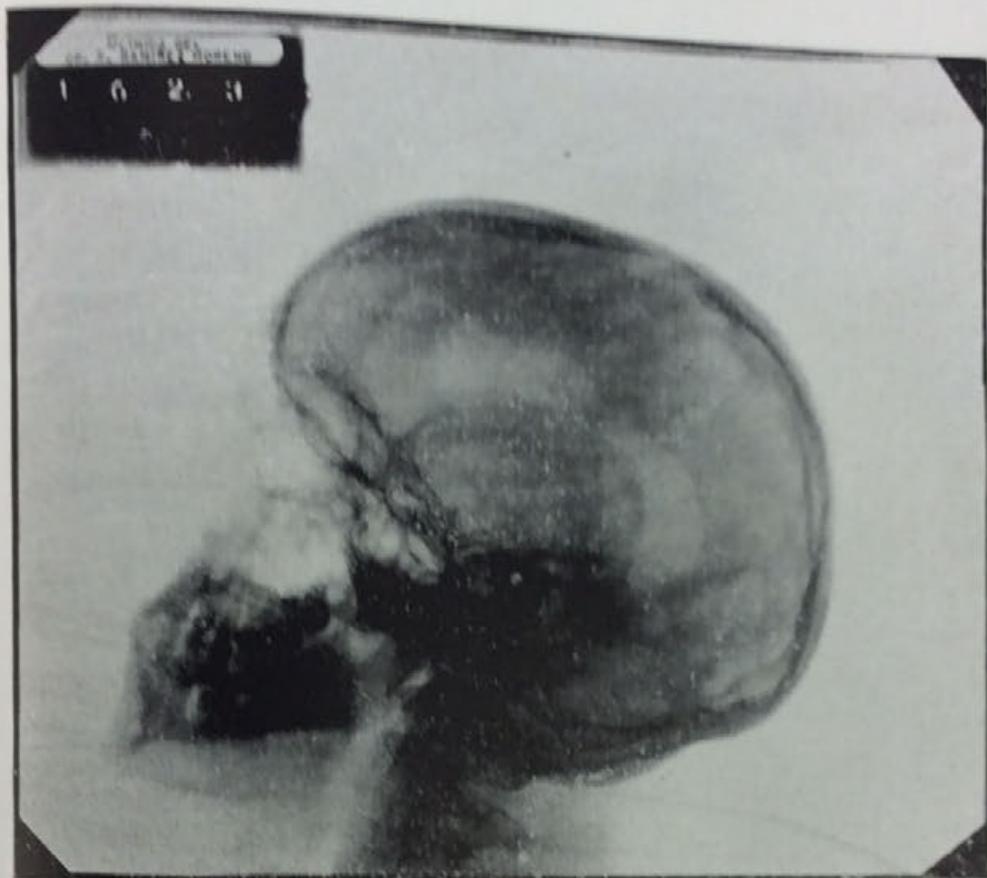


Fig. No. 8.—El mismo caso anterior, pero en proyección X de Lysholm.

Proyección VIII de Lysholm: La cabeza en hiperflexión. La placa y el eje anódico como en la proyección VII.

Proyección IX de Lysholm: La cabeza en hiperflexión; la protuberancia frontal hacia abajo descansando en la placa; eje anodo-placa vertical pasando por la protuberancia occipital externa.

Proyección X de Lysholm: Placa horizontal y la mitad derecha o izquierda de la cabeza descansando sobre la misma; eje anodo-placa vertical pasando por un punto situado 3 centímetros arriba del conducto auditivo externo.

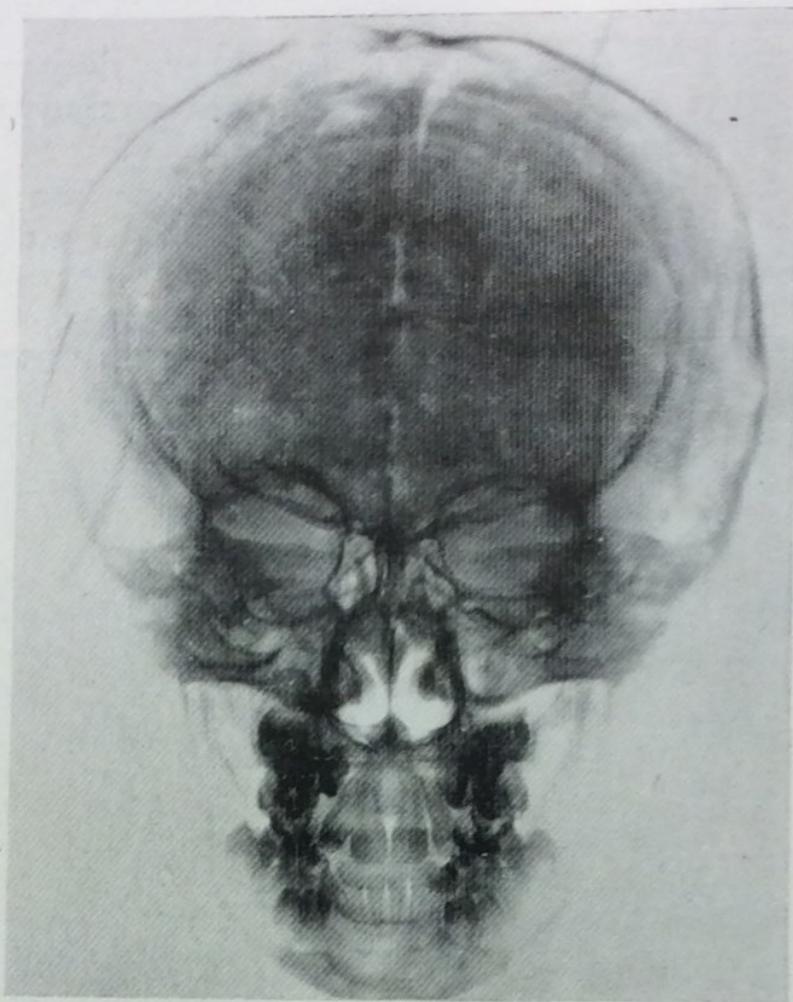


Fig. No. 9.—Encefalografía; punción raquídea lumbar; tensión inicial del líquido céfalo-raquídeo 12 cms. de agua según raquimanómetro de Claude. Pruebas de Brinck: derecha 12 cms. de agua; izquierda 12 cms. de agua. Prueba de Queeckensteadt: 13 cms. de agua. Se extrajeron 20 cc. de líquido céfalo-raquídeo; se inyectaron 35 cc. de aire. Posición sentado; método fraccionado.

Proyección V de Lysholm.

INTERPRETACION RADIOGRAFICA: Gran visibilidad de los espacios subaracnoideos con todos sus detalles anatómicos; grandes lagos, principalmente el lago calloso; los flúmina, rivi y rivuli. El III ventrículo también es visible. Los ventrículos laterales son totalmente invisibles.

CONCLUSION: Dadas las pruebas hidrostáticas del líquido céfalo-raquídeo, en donde no se aprecian variaciones con las maniobras de Brinck y apenas hay modificación con la de Queeckensteadt; la visibilidad de los espacios sub-aracnoideos y del III ventrículo puede localizarse un bloqueo a nivel de ambos agujeros de Monro.

Proyección XI de Lysholm: El paciente sentado; la placa en el occipucio. El eje anodo-placa horizontal pasando por el nasion.

Proyección XII de Lysholm: Paciente sentado; línea de Frankfurt horizontal, por consiguiente, placa lateral y eje anodo-placa horizontal pasando por un punto situado 5 centímetros por arriba del conducto auditivo externo.

En resumen: con las posiciones de Lysholm se ponen en evidencia en la placa radiográfica, ya sea con la ventriculografía o la encefalografía:

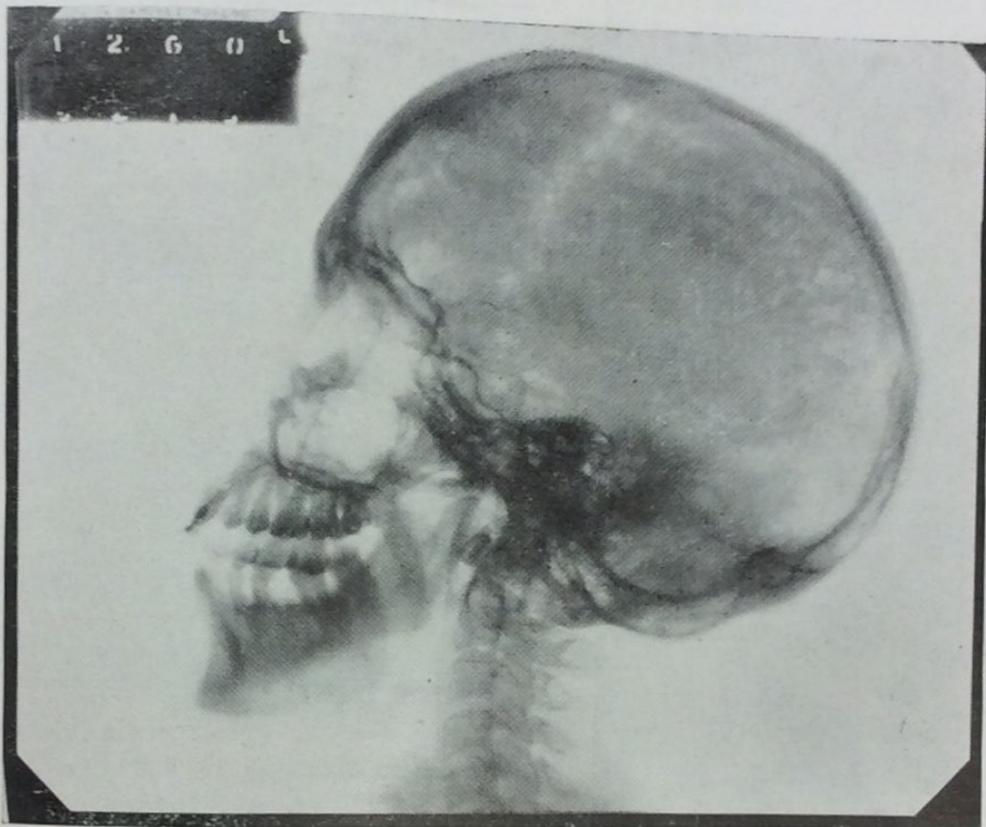


Fig. No. 10.—El mismo caso anterior, pero en proyección X inversa de Lysholm. Nótese la notable visibilidad del gran lago Silvano y del gran lago Rolandico.

a).—Los cuernos anteriores en las proyecciones I a V, X, XI, XII.

b).—Cuerpo de los ventrículos laterales en las proyecciones VI, VII, X, XI, XII.

c).—Trigono cerebral y prolongaciones occipitales de los ventrículos cerebrales: en las proyecciones V a IX.

d).—Prolongaciones esfenoidales de los ventrículos laterales en las proyecciones I, II, III, X.

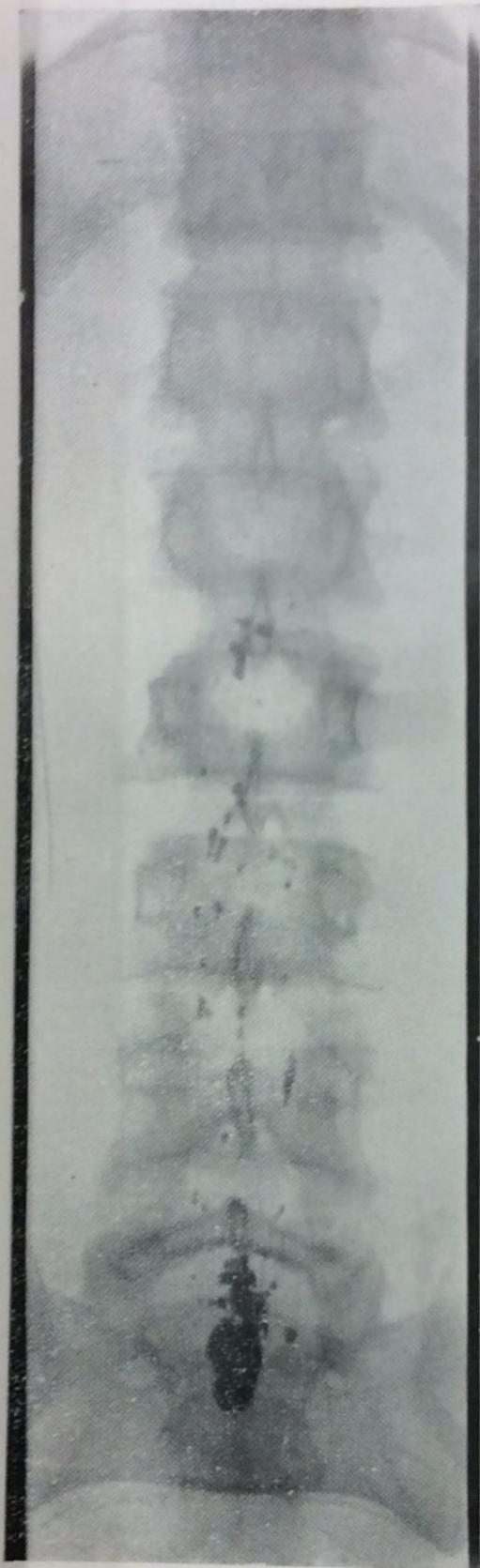


Fig. No. 12.—Mielografía; detención del lipiodol a nivel de la XII vértebra dorsal por un proceso meníngeo.

Fig. No. 11.—Mielografía; permeabilidad del canal raquídeo.

En la proyección IV se aprecian la parte anterior y piso del ventrículo medio.

En las proyecciones VI a X pueden visualizarse el techo del III ventrículo y el acueducto de Silvio.

MIELOGRAFIA.—Este procedimiento consiste en inyectar en el espacio sub-aracnoideo medular una substancia heterofana con respecto a la radiación Roentgen, la que puede ser aire o más usualmente una substancia yodada.

El espacio sub-aracnoideo medular, al igual que el cerebral, se encuentra entre la hoja externa de la pia madre, e interna de la aracnoides en donde circula el líquido céfalo-raquídeo; la substancia radioopaca, hay que inyectarla por consiguiente, en este espacio.

La substancia más corrientemente empleada es la "Iodipina" o la "Neo-iodipina" que es un aceite yodado al cuarenta por ciento si se quiere que sea "descendente" o bien al 10 por ciento en el caso que se precise "ascendente".

La mielografía encuentra sus indicaciones en todos aquellos casos de compresión medular en que se quiere localizar con toda precisión la lesión. En las adherencias meníngeas y aracnoiditis crónicas medulares. En las tuberculosis meníngeas. En los tumores intra-medulares. En la sífilis espinal y en el cáncer raquídeo o medular.

La mielografía está contraindicada en las personas muy jóvenes o muy ancianas.

La punción se puede practicar en la cisterna magna o bien en la columna dorso lumbar.

EL ELECTRODIAGNOSTICO MODERNO

El electrodiagnóstico es el conjunto de medios de exploración que tienen como base las diversas reacciones que la corriente eléctrica provoca en el organismo. Otro gran capítulo del electrodiagnóstico moderno es el que se ocupa de la traducción gráfica visual o fotográfica de los fenómenos neurológicos mediante galvanómetros apropiados y más recientemente con el notable aparato conocido con el nombre de "oscilógrafo de rayos catódicos" que puede traducir fielmente un fenómeno neurológico (neurograma-electro-encéfalo-grama o un mio-grama) sin error mecánico.

Como el espacio de que dispongo en esta exposición es muy reducido sólo me concretaré a hacer una somera exposición del tema.

El primer capítulo referente al electrodiagnóstico es el que se ocupa de las reacciones que provoca la corriente eléctrica en los nervios y músculos periféricos.

La investigación minuciosa de las modificaciones cualitativas y cuantitativas de la excitabilidad eléctrica de los nervios motores y de los músculos proporciona datos precisos relativos al estado anatómico de ellos y además indicaciones para el sitio de la lesión y al pronóstico de la misma.

Es conveniente recordar que al estado fisiológico la corriente farádica interrumpida lentamente, aplicada en el punto que corresponde al tronco de un nervio motor, provoca la contracción en masa de todos los músculos innervados por el nervio excitado; si la excitación se hace directamente sobre el músculo, la contracción se limita al músculo excitado. En ambos casos la contracción tiene como carácter el de ser brusca y breve. Los fenómenos motores con la corriente farádica son casi iguales en ambos polos; ligeramente más intensos en el negativo.

Con la corriente galvánica ritmada se producen contracciones muy semejantes a las de la farádica, tanto al excitar el nervio como el músculo y en ambos casos la contracción tiene como carácter el de ser instantánea, viva y rápida como el relámpago según la expresión de Duchenne de Boulogne y de Erb; pero en esta forma de corriente la polaridad a los estados variables de cierre y de apertura tiene gran influencia en el orden de aparición de las contracciones.

Cuando se excita un músculo directa o indirectamente por el método monopolar, se nota que con una intensidad muy débil no hay contracción ni al cierre ni a la apertura del circuito en ninguno de los dos polos.

Con intensidad débil de uno a cinco mA. se produce una sola contracción al cierre del polo negativo; este límite inferior abajo del que la excitación queda ineficaz se llama "el umbral" de la excitación y es muy importante en electrodiagnóstico pues es una base para la medida de la cronaxia; con intensidad media habrá una contracción enérgica a la cerradura del negativo y una más débil a la cerradura del positivo. Con intensidad fuerte se producen cuatro contracciones: una muy enérgica, galvanotónica para la cerradura del negativo, una fuerte a la cerradura del positivo y una muy débil a la apertura del negativo.

La fórmula del orden fisiológico de las contracciones se expresa así:

$Nc > Pc > Pa > Na$. o bien umbral $Nc <$ umbral $Pc <$ umbral $Pa <$ que umbral Na .

En el electrodiagnóstico este fenómeno se conoce con el nombre de fórmula polar.

Las modificaciones patológicas a la excitabilidad por la corriente farádica se dividen en dos grupos:

Reacciones patológicas cuantitativas y reacciones patológicas cualitativas:

Las cuantitativas son: Hiperexcitabilidad, Hipoexcitabilidad y Abolición de la excitabilidad.

La Hiperexcitabilidad se presenta en los siguientes padecimientos: en los nervios irritados, ya sea por una cicatriz adherente sea por compresión débil en los agujeros de conjugación, por artritis, periostitis o lesión inflamatoria cercana; coincide algunas veces con la exageración de los reflejos y contracturas, parálisis cerebrales recientes, tétanos, hemiparésis, calambres profesionales, enfermedad de Little, etc., etc.

La Hipoexcitabilidad es una reacción mucho más frecuente que la anterior y se encuentra principalmente en los siguientes padecimientos: atrofas reflejas por inmovilización; después de algunas neuralgias y neuritis, parálisis histérica antigua, tabes antigua y esclerosis en placas.

La Abolición de la excitabilidad farádica es una reacción de pronóstico muy grave que indica degeneración neuro-muscular y se encuentra en las miopatías avanzadas; degeneración por neuritis antigua, etc., etc.

Las reacciones cualitativas patológicas a la corriente farádica son las siguientes: Reacción Miasténica de Jolly; Reacción miotónica de Thomsen, y Lentitud a la contracción farádica.

La reacción Miasténica de Jolly se presenta en la Miastenia grave pseudo-paralítica o enfermedad de Erb de la que constituye un síntoma patognomónico; también en las polio-mielitis crónicas.

La reacción miotónica de Thomsen es un síndrome constituido por: excitabilidad normal del nervio; hiperexcitabilidad farádica y galvánica del músculo acompañada de la igualdad o predominancia en la contractura al cierre del polo positivo respecto al negativo; además y esta es la parte más

importante de la reacción, la contracción es lenta, tónica, se prolonga más allá de la excitación y constituye un espasmo miotónico con relajación lenta y movimientos ondulatorios. Es la opuesta a la miasténica y se encuentra en la enfermedad de Thomsen.

Las modificaciones cuantitativas patológicas a la excitabilidad galvánica son completamente semejantes a las de la corriente farádica.

Las cualitativas son las siguientes: la Reacción de Remak, la de Erb, la de Bourgignon, la de Huet, la de Rich y la de Hirtz.

La Reacción de Remak es el signo capital de la reacción de degeneración; basta notar la lentitud de la contracción y una ligera hipoexcitabilidad farádica para afirmar la reacción de degeneración.

La Reacción de Erb, que consiste en la igualdad de Nc. con respecto a Pc. solamente se encuentra cuando existe alteración en los filamentos nerviosos y nunca en las afecciones puramente musculares. Se encuentra en las neuritis graves y representa una alteración profunda en el neuro-eje y vaina de mielina.

La Reacción de Bourgignon o reacción galvano-tónica consiste en la contracción tónica del músculo con una débil excitación galvánica. Se presenta en las degeneraciones neuro-musculares poco acentuadas o incipientes.

La Reacción de Huet consiste en el desalojamiento del punto motor de su sitio fisiológico. Se presenta en las degeneraciones graves neuro-musculares, no excluye la reacción de Erb y constituye una de las reacciones más importantes y más precoces de la R.D.

La Reacción de Rich, que consiste en —Nc. que se acerca a Na.— también se conoce con el nombre de reacción de compresión porque siempre se presenta en los casos en que un nervio ha sido comprimido sin llegar a su sección ya sea fisiológica o anatómica.

La Reacción de Hirtz que consiste en el alejamiento de las contracciones de cerradura se presenta o coincide con la desaparición del reflejo rotuliano.

En este mismo capítulo se puede englobar la exploración de la cronaxia neuro-muscular, percutánea, cuya técnica fue introducida en la clínica general por el eminente neurólogo Georges Bourgignon y aquí en México por su discípulo el in-

teligente y culto médico Enrique Bulman S. y por nosotros en la Clínica del Dr. Samuel Ramírez Moreno.

En seguida y sin insistir sobre la técnica de dicha exploración puesto que es conocida y en otro número de esta revista ya se habló de ello, pongo a continuación algunos ejemplos con su interpretación para ilustrar este resumen:

En trabajos posteriores se describirán las reacciones sensitivas auditivas y vértigo voltaico y la nueva técnica oscilográfica neurológica.

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

CLINICA DEL DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO
SERVICIO DE ELECTRODIAGNOSTICO A CARGO DEL
Dr. Teodoro Flores Covarrubias.

CRONAXIA.—Miembro superior derecho.

ENFERMO.—Raúl O. FECHA.—23 de agosto de 1938.

DATOS CLINICOS.—Traumatismo de la región posterior antebrazo derecho.

ORIGENES RADICULARES	MUSCULOS	CRONAXIA ENCONTRADA (sigmas)	CRONAXIA NORMAL (sigmas)		
C/6 C/7	{	Vasto interno del tríceps.....	0.15	} 0.08 a 0.16 Primer grupo	
		Vasto externo del tríceps.....	0.22		
		Larga porción del tríceps.....	0.22	} 0.16 a 0.32 Segundo grupo	
	Radiales:				
		1o.	1.58	} 0.20 a 0.36 Tercer grupo	
		2o.	1.50		
C/7	{	Fibras inervadas por los puntos motores inferiores.	Cubital posterior.	1.50	} 0.20 a 0.36 Tercer grupo
			Extensor común.	1.58	
			Extensor del índice.	1.50	
			Extensor del pulgar...	1.50	
			Largo abductor del pulgar.	1.50	
		Fibras inervadas por los puntos motores superiores.	Cubital posterior.	1.50	} 0.44 a 0.72 Cuarto grupo
Extensores propios y comunes de los dedos y del pulgar.....	1.50				
Largo abductor del pulgar.	1.55				
Corto supinador.	1.50				

INTERPRETACION DEL ANTERIOR ANALISIS

Se comprueba la elevación de la cronaxia en todos los músculos innervados por el nervio radial por abajo de la canaladura de torsión. El músculo triceps, que también está innervado por el mismo nervio, permanece indemne su característica de excitabilidad, por consiguiente puede afirmarse que el tronco del radial sólo se encuentra afectado en el sitio anatómico mencionado y que por arriba de la canaladura de torsión está sano.

Como las cifras cronácicas no son muy altas, es decir que no han alcanzado un valor unas diez veces más alto que lo normal, puede afirmarse un pronóstico benigno y la "restitutio ad integrum" con un tratamiento adecuado.

Los músculos innervados por el nervio cubital y el mediano son completamente normales.

INYECTABLE

LORUSOL (PADEO)

U. M. M.

CALCIO - GLUCOSA Y EXTRACTO PARATIRODEO

REG. N.º 18077 D. S. P.

INDICADO EN EL TRATAMIENTO DE
ESTADOS DE DECALCIFICACION, CONSOLIDACION
DE FRACTURAS, ESPASMOFILIAS, ANEMIA
RAQUITISMO, TUBERCULOSIS, ALGUNAS FORMAS
DE COREA, ATETOSIS, ASMA BRONQUIAL
EN ALGUNAS ECZEMAS, URTICARIA
EDEMA DE QUINQUE, UTIL PARA
AUMENTAR LA CALCEMIA SANGUINEA
Y COMO ANTIHEMORRAGICO

ES UN PREPARADO DE LA

UNION MEDICA MEXICANA, S.A.
LABORATORIOS TERAPIA

MUESTRAS Y LITERATURA AL APDO. 1393

CLINICA DEL DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO
 SERVICIO DE ELECTRODIAGNOSTICO A CARGO DEL
Dr. Teodoro Flores Covarrubias.

CRONAXIA.—Miembros inferiores.

ENFERMO.—Francisco C.

FECHA.—16 de Nov. de 1938.

DATOS CLINICOS.—Atrofia incipiente de los músculos mano derecha y para-paresia espástica con hiperreflexia.

ORIGENES RADICULARES	MUSCULOS	CRONAXIA ENCONTRADA		CRONAXIA NORMAL	
		(sigmas)			
		Derecho	Izquierdo	(sigmas)	
L/2 L/3 L/4	Gran glúteo.	0.07	0.14	0.10 a 0.16 Primer grupo.	
	Recto anterior del cuadriceps crural.	0.07	0.12		
	Vasto interno.	0.07	0.12		
	Vasto externo.	0.07	0.14		
	Costurero.	0.07	0.14		
	Gran adductor.	0.07	0.14		
	Adductor medio.	0.07	0.12		
	Recto interno.	0.10	0.16		
	Tibial anterior {	Punt. mot. sup.	0.40		0.22
		Punt. mot. inf.	0.90		0.39
L/3 L/4 L/5	Extensor común dedos pie.	0.60	0.39	0.24 a 0.36 Segundo grupo.	
	Extensor propio dedo grueso.	0.60	0.39		
	Peroneo largo.	0.65	0.44		
	Peroneo corto.	0.65	0.40		
	Pedío.	0.70	0.44		
L/5 S/1 S/3	Sóleo	0.20	0.40	0.44 a 0.72 Tercer grupo.	
	Gemelo externo.	0.20	0.50		
	Gemelo interno.	0.20	0.50		
	Flexor dedos del pie.	0.20	0.50		
	Músculos de la planta del pie.	0.30	0.55		
	Bíceps crural.	0.17	0.22		
	Semi-membranoso.	0.17	0.22		
Semi-tendinoso.	0.17	0.22			

INTERPRETACION DEL ANALISIS ANTERIOR

El estudio de conjunto del análisis anterior que muestra la exploración de la cronaxia neuro-muscular del miembro inferior muestra tres hechos fundamentales, a saber:

a).—Existen músculos con su característica de excitabilidad aumentada.

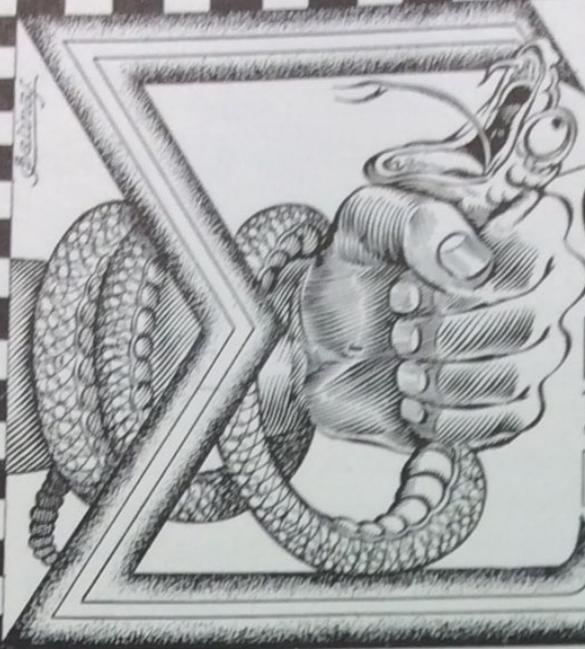
b).—Existen músculos con su característica de excitabilidad disminuída.

c).—Se comprueba una tendencia no sólo al igualamiento de las relaciones de cronaxia entre músculos flexores y extensores, sino también a la inversión de esta relación.

Estos hechos se pueden interpretar de la manera siguiente: existen tres cronaxias en lugar de una para un sistema de nervio-músculos; para los que tienen su cronaxia aumentada, puede afirmarse una lesión de degeneración parcial del nervio en sus fibras correspondientes; para los que tienen su característica de excitabilidad aumentada, es decir su cronaxia disminuída, puede decirse que están en fase de "irritación"; y en fin el hecho de que la relación de tau (cronaxia) de los músculos flexores con relación a tau (cronaxia) de los extensores tienda a hacerse igual o menor que la unidad claramente demuestra una lesión del haz piramidal, lo que asimismo explica la hiperreflexia y la existencia del signo de Babinski.

Estos hechos junto con la exploración clínica del enfermo, así como el presentar una atrofia incipiente de los músculos de la mano derecha, con una distribución cronáxica parecida a la encontrada en los miembros inferiores, permiten afirmar el diagnóstico de una **ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA O ENFERMEDAD DE CHARCOT**.

El **PRONOSTICO** como se comprende es fatalmente evolutivo y de suma gravedad.



Sigma
 PRODUCTO
Sanyln

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

COMODO, ECONOMICO,
 TOLERABLE Y EFICAZ.

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

MUESTRAS Y LITERATURA A
 DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS

Usar exclusivamente
 por prescripción y bajo la
 vigilancia médica.

¡Industria Argentina!

EXTRACTO HEPATO-GASTRICO MASSONE

1,000% entre ambas glándulas

Asociación de los principios antianémicos extraídos del hígado de ternera y de la mucosa gástrica (región antro-pilórica) a una concentración elevada, reforzada por sales de cobre, hierro y manganeso.

Reg. No. 19319 D. S. P.

HEPATOBIILIAR MASSONE

Colagogo y Colerético Racional. Estimulante Fisiológico de las Funciones Hépatobiliares a base de Productos Opo-, Fito- y Quimioterápicos.

Reg. No. 19301 D. S. P.

INSTITUTO MASSONE

Buenos Aires (Rep. Argentina) Director Científico: Dr. F. Piccaluga
 Solicite Muestras y Literatura al Distribuidor:

VICTOR MESTER

Av. Madero 40, Desp. 208-10

Ap. 1250, México, D. F.



MARCA

REGDA

Medicación eminentemente causal

Antidiarreico absorbente y antitóxico intestinal

Carbantren <Ciba>



en las afecciones gastro-intestinales

Bismuto iodocloroquinoleina
pectina y carbón medicinal activo
(Granulado) Reg. No. 19538. D.S.P.

Para muestras y literatura: W Noeh. Apto. 1739 Mex. D.F.

EL MEDICAMENTO DE ELECCION EN LA EPILEPSIA

TABLETAS DE

EPIRAMINA RICHTER

Asocia el bromuro de potasio y el feniletilbarbiturato sódico, produciendo UNA POTENCIACION DE EFECTOS y permitiendo reducir la dosis. El calcio y la vitamina D DISMINUYEN LA ALCALOSIS, regulan el sistema neurovegetativo y aumentan la capacidad desintoxicante de los leucocitos.

INDICADA TAMBIEN EN TODOS LOS ESTADOS DE HIPEREXCITABILIDAD NERVIOSA Y PSIQUICA

DOSIS: DOS A CINCO TABLETAS DIARIAS

HEPATO - VIT

Registro No. 19483, D. S. P.

**Extracto Hepático superconcentrado y desalbuminado
y Vitamina C.**

INYECTABLES

(indoloro)

Caja de 5 amp. de 2 c.c.
Extracto Hepático 2 c.c.
Vitamina C. 1,000 U. I.

(fuerte)

Caja de 4 amp. de 5 c.c.
Extracto Hepático 5 cc.
Vitamina C. 2,000 U. I.

BEBIBLES

(niños)

Caja de 10 amp. de 2 c.c.
Extracto Hepático 2 c.c.
Vitamina C. 1,000 U. I.

(adultos)

Caja de 10 amp. de 5 c.c.
Extracto Hepático 5 c.c.
Vitamina C. 1,000 U. I.

LABORATORIOS DEL DOCTOR ZAPATA

Av. Insurgentes Núm. 35.

México, D. F.

VITAMIN - CAL

Asociación de Fosfato Tricálcico y Vitamina D.

Fijación efectiva del calcio por la acción de la Vitamina D.
Controlado biológicamente contra el Standard Internacional de
Vitamina D. del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones.

Inyectables

Registro No. 18992 D.S.P.

Fosfato Tricálcico en suspensión coloidal con 8,000 Unidades de Vitamina D. por centímetro cúbico. Inyección indolora hipodérmica profunda o intramuscular.

Comprimidos

2,000 U. I. por comprimido

Registro No. 18967 D.S.P.

Frascos de 40 comprimidos

Indicado en los casos que haya necesidad de una recalcificación intensa, anemias profundas, tuberculosis, crecimiento, desarrollo físico, etc.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia Médica.

LABORATORIOS DEL DOCTOR ZAPATA

Av. Insurgentes Núm. 35.

México, D. F.

Prop. 11,765

Documentación Sanatorial Neuro-Psiquiátrica

Por el Dr. CARLOS PAVON A.

Ayudante de la Cátedra de Neuro-Psiquiatría del Dr. S. Ramírez Moreno, en la Universidad de México.

La documentación de un sanatorio para enfermos mentales, comprende el conjunto de escritos e impresos en los cuales se inscribe, además del historial clínico, todas las cuestiones relacionadas con los asilados, en tal forma que el médico pueda realizar por dicho medio, un triple ejercicio: a) abreviar y facilitar la consignación de datos clínicos y observaciones médicas; b) proporcionarse, en cualquier momento, informes exactos e inmediatos sobre el estado actual y la evolución que ha seguido cada enfermo en particular, así como en su conjunto (cuadros estadísticos) y c) ejercer una vigilancia estricta sobre la marcha interna del establecimiento.

En el hospital neuro-psiquiátrico esta documentación ofrece algunas particularidades que dimanar de la índole misma de los pacientes internados, cuya atención y cuidado difieren substancialmente de los que se acostumbra observar en otros medios sanatoriales de distinta dedicación.

De un modo general, la citada documentación se ordena en tres formas, que se llevan por separado a cada enfermo:

- I.—Documentación médica.
- II.—Documentación médico-administrativa y
- III.—Documentación administrativa,

Las dos primeras se archivan conjuntamente en el "expediente técnico", cuyo ordenamiento y uso está reservado de modo exclusivo al personal médico y es estrictamente confidencial; la última se conserva en el "expediente administrativo"

y es manejada preferentemente por el administrador del establecimiento.

En la elaboración del presente artículo se tomará como base la documentación que actualmente rige en la Clínica "Dr. Samuel Ramírez Moreno", ideada en sus lineamientos básicos por el Director del Sanatorio; por otra parte, los asuntos relacionados con los documentos administrativos, no serán tocados por tratarse de cuestiones ajenas a la labor científica.

DOCUMENTACION MEDICA.—Engloba todos los impresos y boletines en los cuales se registran los informes clínicos, hojas de tratamiento, ordenatas y análisis de cada enfermo (Expediente técnico), así como los "partes diarios" y cuadros estadísticos relacionados con los pacientes internados, en su totalidad.

En algunos países, especialmente en Norte-América, el expediente médico del enfermo mental o nervioso es extraordinariamente prolijo y consta de numerosas hojas impresas en las cuales van anotados hasta los más pequeños detalles acerca de la historia médico-social del enfermo; este procedimiento si bien tiene ventajas por su orden y minuciosidad, resulta a la postre fatigoso, pues obliga a leer muchos detalles de poca importancia en perjuicio de los datos que tienen mayor significación.

Nosotros comprendemos entre la documentación médica, lo siguiente:

A).—La historia clínica del enfermo y

B).—Los documentos llamados de "vigilancia y observación médica".

A).—*Historia clínica.*—Está formada por una serie de esqueletos y boletines impresos de antemano, para facilitar la anotación de todos los datos referentes a la enfermedad de cada asilado; estos impresos están ordenados de la siguiente manera:

1o.—*Hoja de interrogatorio:* se llena de ordinario, de modo indirecto con los familiares del paciente, pero en ocasiones el médico recoge los informes por el enfermo mismo; de un modo general en dicha hoja se anotan:

a).—Las generales del enfermo: nombre, edad, estado civil, ocupación, etc.

b).—La anamnesis de sus antecesores, colaterales y descendientes: existencia de padecimientos nerviosos o mentales:

toxi-infecciones; toxicomanías; carecteres psicopatológicos, etc., etc.

c).—Los antecedentes del enfermo, investigando la historia social y patológica desde su nacimiento hasta el comienzo de los síntomas francamente anormales: desarrollo psico-orgánico, conducta, carácter, temperamento, reacciones ambientales; intoxicaciones, infecciones agudas y crónicas, evolución de la sexualidad, capítulo que en las mujeres es objeto de interés especial; personalidad adulta, etc.

d).—Descripción del padecimiento actual, desde su principio hasta el ingreso al Sanatorio: tiempo de comienzo, causa aparente, informe detallado de los síntomas, etc.

2o.—*Hoja de exploración*.—Está hecha en tal forma que el explorador pueda ir anotando en forma ordenada y rápida cada uno de los síntomas que encuentre durante el curso de su estudio, pues lleva impresos la mayor parte de los datos patológicos posibles de encontrar en tales pacientes, de manera que basta al médico señalar con un simple signo, la existencia o negatividad de un síntoma cualquiera; la hoja de exploración se subdivide en tres capítulos: *examen mental*, *exploración neurológica* y *examen orgánico general*; en vista de que su contenido es muy extenso, sólo daremos a conocer detalles aislados de ella, como explicación de su uso:

Examen Mental.

j.—Funciones afectivas:

Normales:
Euforia:
Indiferencia:
Esquizotimia:
Derotimia:
Ciclotimia:
Cacoforia:
Preocupaciones, fobias, angustia:

Examen neurológico.

C.—Reflexia:

I.—Reflejos osteotendinosos y musculares:

Macard: Maseterino:
Clavicular: Deltoideo:
Bicipital: Tricipital: etc.

Como se ve, con toda facilidad se va anotando el resultado de la exploración a medida que ésta se verifica; al explorar el sistema nervioso, al signo indicador acostumbramos agregar la letra "D" o "I", para señalar el lado correspondiente del cuerpo.

3o.—*Hoja de Análisis de laboratorio.*—Está especialmente dedicada a la anotación de los resultados obtenidos en las reacciones luéticas de la sangre y del examen químico, biológico y bacteriológico del líquido céfalo-raquídeo que son los que habitualmente se requieren en los enfermos neuro-psiquiátricos.

En algunos otros Servicios de Laboratorio y Gabinete, se cuenta también con esqueletos impresos especiales, como son los utilizados para las *encefalografías* y *estudios de cronaxia* cuyo tenor es el siguiente:

CLINICA NEURO-PSIQUIATRICA "DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO". SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

Enfermo: Diagnóstico clínico:
 Estudio solicitado:, por el DR.
 Sitio de la punción:
 Tensión inicial del L. C. R. (manómetro de: posición:)
 Maniobra de Queeckenstead:..... (aumento de ctms.)
 Maniobra de Brincke Derecha:..... Maniobra de Brincke izquierda:.....
 Cantidad de líquido extraído:..... Cantidad de aire inyectado:.....
 Método utilizado:

Radiografía Frente-placa.

- a) paredes óseas:
- b) espacios subaracnoideos:
- c) ventrículos cerebrales:
- d) otros datos:

Radiografía occipito-placa.

- a) paredes óseas:
- b) espacios subaracnoideos:
- c) ventrículos cerebrales:
- d) otros datos:

Radiografía lateral izquierda.

- a) paredes óseas:
- b) silla turca:
- c) espacios subaracnoideos:
- d) ventrículos cerebrales:

Radiografía lateral derecha.

- a) paredes óseas:
- b) silla turca:
- c) espacios subaracnoideos:
- d) ventrículos cerebrales:

Radiografías en otras posiciones especiales.

Interpretación radiográfica:

CLINICA NEURO-PSIQUIATRICA "DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO". SERVICIO DE ELECTRODIAGNOSTICO

Estudio de la Cronaxia.

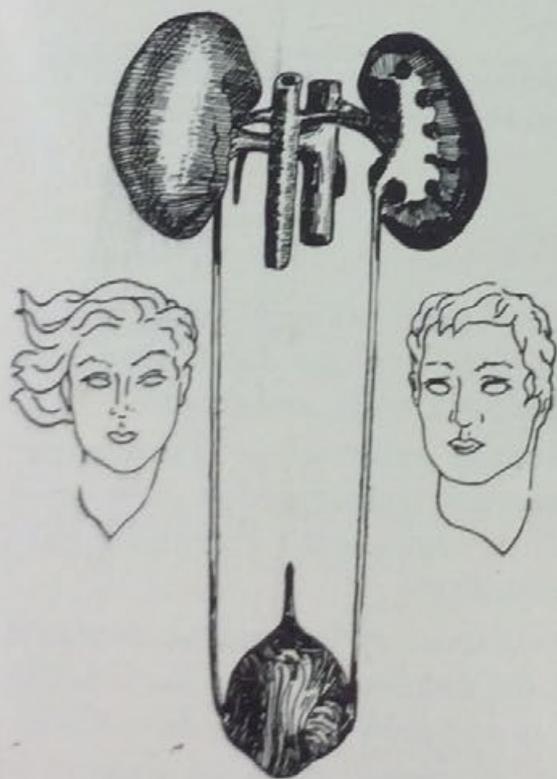
Enfermo: Diagnóstico clínico:
Solicitado por el DR.

Músculo: Cronaxia encontrada: Cronaxia normal:

Interpretación:

4o.—*Hoja de diagnóstico y pronóstico:* En ella se anotan el diagnóstico actual, resultante de la exploración y las modificaciones que a juicio del médico podrá sufrir el cuadro patológico; también se consignará el pronóstico del padecimiento y respecto a la vida del enfermo.

5o.—*Hoja de tratamiento:* Es la última correspondiente al estudio clínico actual del paciente y en ella el médico encargado del Servicio, debe anotar detalladamente la terapéu-



UTIL COMO AUXILIAR
EN EL TRATAMIENTO DE LA
U R E M I A

y de sus manifestaciones como
CEFALEAS, - VERTIGOS - ZUMBIDOS
MOSCAS VOLANTES

QUINURYL

ORTHO

Laboratorios LONGUET
PARIS

Reg. No. 18542 D. S. P. Prop. No. 12531

4 a 8 comprimidos al día

Fórmula:

Acido quínico	0.125
Extracto de Ortosiphon Stam.	0.13
Mirtilo Polvo	0.05

para un comprimido

Usese por prescripción y bajo la
vigilancia médica.

REPRESENTANTE:

MAX ABBAT

Lucerna 47,

México, D. F.

tica de fondo a que debe someterse el enfermo, con el objeto de que se lleve a cabo por el médico interno.

Además de las hojas anteriormente señaladas y que forman el estudio médico propiamente dicho, la historia clínica contiene anexos otros boletines y esqueletos que tienen por objeto principal seguir paso a paso, la evolución de la enfermedad y dejar consignados los tratamientos diversos a que se somete el enfermo; estos impresos son como siguen:

60.—*La ordenata*: Es una hoja mensual e individual para cada enfermo en la que el médico anota diariamente las prescripciones, alimentos e instrucciones que deberán observarse durante el curso del día; el contenido de la ordenata es el siguiente:

ORDENATA

Mes de:.....

Nombre:.....
 Edad: Sexo: Estado civil:
 Lugar de nacimiento: Ocupación:
 Domicilio:
 Diagnóstico:
 Entrada: Salida:
 Nombres, direcciones y teléfonos de las personas encargadas de...
 enferm:

DIA	MEDICAMENTOS	ALIMENTOS	OBSERVACIONES
1			
2			
3. etc., hasta el día 31.			

El objeto fundamental de la ordenata es que queden consignadas por escrito las órdenes médicas, en tal forma que no ocurran omisiones en el cuidado de cada enfermo.

70.—*Impresos para tratamientos especiales*: Tienen por objeto anotar, con todo orden, ciertos tratamientos cuya aplicación requiere especial atención y vigilancia; llevamos para tal efecto, tres tipos de estos esqueletos:

1.—*Para la terapéutica convulsiva*: A la cual se someten preferentemente ciertas formas de esquizofrenia; se inscribe dicho tratamiento en una hoja individual para cada enfermo en la cual se anotan: el nombre, el diagnóstico, el tiempo de la enfermedad, el número de inyección, la fecha de cada tra-

tamiento, la dosis de medicamento empleada, el tiempo de aplicación de la inyección, el resultado de ésta, que puede ser: originar una crisis convulsiva típica, una crisis incompleta o no determinar ninguna reacción (negativa) y por último, las modificaciones psíquicas que determina el tratamiento; la forma de este impreso es como sigue:

TRATAMIENTO POR CHOQUES DE PENTAMETILENOTETRAZOL

Enfermo: Edad: Sexo:
 Ocupación: Estado civil:
 Diagnóstico:
 Tiempo de comienzo de la enfermedad:

Núm. de Iny.	Fecha	Dosis	T. d. A.	Reacción			Resultados
				C.T.	C.I.	Neg.	

.....

II.—Impresos para transfusiones.—El tenor de esta boleta es el siguiente:

SERVICIO DE TRANSFUSIONES DE SANGRE DE LA CLINICA "DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO", A CARGO DEL DR. R. G.

Enfermo:
 Diagnóstico:
 Edad: Sexo: Peso: Estatura:
 Grupo sanguíneo: Aglutinación directa:
 Tensión arterial:MX,MN. Pulsaciones por minuto:
 Respiraciones por minuto: Temperatura:

Donador: Edad:

Grupo sanguíneo. Método seguido:
 Número de transfusión.
 Cantidad de sangre:
 Reacciones inmediatas.
 Reacciones tardías.
 Observaciones.

México, D. F., a . . . de de 193 . .

III.—*Impresos para piretoterapia.*—Estas boletas tienen por finalidad seguir la curva térmica de los enfermos sometidos al tratamiento por fiebres (neuro-sifilíticos), son también individuales y ofrecen en general la redacción usual para llevar las gráficas de temperatura, es decir cuadros de ordenadas, marcándose sobre las abscisas, las horas o días de observación y sobre las líneas ordenadas las cifras graduales de temperatura, número de pulsaciones y de respiraciones por minuto; las hojas que utilizamos nosotros son de dos formas, según que el método piretógeno empleado sea la electropirexia o el microbiano (malarioterapia o fiebres por vacunas).

a).—En el servicio de Electropirexia se emplea un impreso para cada sesión y en él se anotan: el nombre del enfermo, el diagnóstico, el número de tratamiento y las cifras tensionales antes de iniciarse el tratamiento. Además existe la modificación cronológica sobre la línea de las abscisas que se marca por fracciones de 30 minutos, en vez de ser por días como en las gráficas ordinarias y por otra parte, en la ordenada correspondiente a las temperaturas van señaladas las palabras "temperatura rectal", por ser la que se toma durante la aplicación del método.

b).—En las gráficas para malarioterapia se emplea la forma ordinaria para seguir la curva térmica, es decir que sobre las abscisas se señalan los días del mes (con las subdivisión *mañana* y *tarde*) y sobre las ordenadas las cifras de temperatura, pulsaciones, respiraciones y tensión arterial, pero al margen de cada hoja se hacen las anotaciones siguientes: nombre del enfermo; fecha de inoculación del paludismo; cantidad de sangre inyectada; tiempo de incubación; fecha del primer acceso; forma del paludismo; número de accesos y temperatura media.

8o.—*Gráfica para epilépticos.*—Destinada exclusivamente a llevar, para cada enfermo epiléptico, la estadística del número de ataques convulsivos y de ausencias que presenta el enfermo durante el año; este boletín impreso está hecho también en la forma de cuadro de coordenadas sobre cuyas abscisas se anotan los meses del año y en las ordenadas se inscriben cifras progresivas de crisis y ausencias desde "cero" hasta "cincuenta", en esta forma se puede llevar una gráfica precisa por mes y por año.

9o.—*Informes mensuales.*—Este impreso tiene por objeto hacer, para cada enfermo, una síntesis general de la evo-

lución del padecimiento, condiciones físicas, tratamiento seguido y en principio, de todos los detalles más salientes que haya ofrecido el enfermo durante el mes; debe ser rendido por el médico Jefe del Servicio al Director del establecimiento y ser visado por él, dice así:

CLINICA NEURO-PSIQUIATRICA "Dr. Samuel Ramírez Moreno"

Informe Mensual.

Departamento de: Sr.

México, de 193..

El Director,

El Jefe del Servicio,

B).—*Documentación de "vigilancia y observación médica".*—Los anteriores esqueletos, forman, como se ha visto, la historia clínica de cada enfermo considerado como unidad y en ella quedan consignados con el mayor detalle posible, todos los datos que tienen interés para una mejor vigilancia y un tratamiento adecuado de cada paciente; los documentos de que vamos a tratar ahora, como la segunda parte de la documentación médica, tienen como principal objeto hacer que el servicio técnico del sanatorio ejerza una labor de inspección y sobrevigilancia, lográndose que "cualquier asunto" relacionado con los enfermos sea autorizado por el médico, o en todo caso, no sea desconocido por él; también en esta documentación queda incluido el trabajo de estadística, que resume tanto el número de pacientes atendidos cada año, como los resultados de los diversos tratamientos.

A continuación indicamos los documentos empleados en el sanatorio con tal propósito:

a).—*Libretas de enfermeros:* Cada Jefe de enfermeros, encargado de Departamento, tiene la obligación de llevar una libreta en la cual deberá anotar, para cada enfermo, las órdenes y disposiciones del médico, así como señalar y consignar todos los síntomas y modificaciones que observe en los pacientes, puesto que no siéndole posible al médico permanecer todo el tiempo al lado de los asilados, el enfermero desempeña el papel de su colaborador inmediato, gracias al cual sea factible hacer observaciones completas acerca de los pacientes; en tal sentido, el enfermo, al pasar visita en compañía

del médico, anotará en su libreta las prescripciones de éste: administración de medicamentos, aplicación de inyecciones, alimentación, visitas, autorización para salir, autorización para recibir periódicos o revistas, vigilancia especial para ciertos enfermos; previsión de fugas o accidentes, etc., todos estos detalles, en caso necesario, se anotarán por medio de signos convencionales o claves con el objeto de evitar, que en algún caso, lleguen al conocimiento directo de los enfermos. Una vez que el enfermero tiene anotadas en su libreta estas indicaciones, está en condiciones de ejecutar o hacer que otros enfermeros ejecuten las órdenes indicadas, además de que tiene la obligación de estar pendiente de que el practicante o el médico interno lleven a cabo ciertas prescripciones encomendadas a estos últimos, avisarles en caso de omisión y hasta ejecutarlas cuando así lo requieran las necesidades.

b).—*Parte diario de los enfermeros*: El enfermero encargado de cada Departamento debe rendir todos los días un *parte* en el que señalará las observaciones recogidas en todos y cada uno de los enfermos a su cuidado; en tal sentido deberá indicar: estado del enfermo, condiciones físicas, síntomas mentales observados, medicamentos administrados, tratamientos que se le verificaron, alimentación y si tomó o rehusó los alimentos, si el enfermo presentó algún trastorno especial (agresividad, impulsos, intento de fuga o suicidio, ataques epilépticos, ictus, etc.); si tuvo visita familiar, si salió fuera del edificio y por orden de quién; es decir, no dejará de anotar ningún dato relativo a los enfermos.

A este parte diurno, el velador de cada Departamento que es el jefe durante la noche, agregará las novedades acontecidas durante su servicio, principalmente si el enfermo estuvo tranquilo, inquieto, si durmió toda la noche, etc.

El parte de los enfermeros se rinde en un boletín especial, hecho con tal objeto y debe ser firmado por él mismo.

c).—*Parte de novedades*.—Es también un informe global de todos los enfermos que el médico interno debe rendir diariamente al Director y Jefes de Servicio; en este "parte" el médico interno consignará los datos transmitidos por el enfermero y los que personalmente haya recogido durante su servicio, en tal forma que indique la situación fidedigna de los internados; el parte de novedades está impreso de la manera siguiente:

CLINICA NEURO-PSIQUIATRICA "Dr. Samuel Ramírez Moreno"

Parte de Novedades

México, D. F. de 193..

Núm.	Nombres.	Inyecciones.	Trat. div.	Alim.	Observ.
------	----------	--------------	------------	-------	---------

Este parte, como se ha dicho, lo rinde el médico interno todos los días en la mañana y debe ir firmado por él mismo.

d).—*Permisos a los enfermos.*—Nada hay tan difícil en la práctica sanatorial neuro-psiquiátrica, como el capítulo relacionado con las concesiones que para sí exige el enfermo desde su ingreso al sanatorio; algunas veces es el propio paciente quien pide visita familiar, comunicaciones por teléfono, salidas a la calle, etc.; otras veces los familiares, huérfanos la mayoría de las veces de cultura médica, piden con prontitud que se les permita visitar a su enfermo e interpretan erróneamente la negativa médica, sin querer comprender que esta última está basada en observaciones universales sobre los malos efectos que la visita familiar prematura tiene sobre un padecimiento mental y que el aislamiento constituye una de las principales armas terapéuticas del alienista; sin embargo, a diario el médico especialista en estos padecimientos, tiene que enfrentarse con problemas de esta índole y gran parte de su tiempo lo pierde en fundamentar al enfermo o al familiar, el por qué se niega una visita o una salida; en tales condiciones hemos logrado reglamentar estas concesiones y en el sanatorio ningún enfermo puede tener contacto con el exterior sin la previa autorización del Director o del médico del Servicio; para ello se utilizan boletas especiales que requieren ser firmadas por el Jefe del Departamento y por el Director, sin cuyo requisito ningún empleado (enfermero, portero, etc.), puede permitir que un enfermo se comuniqué con personas ajenas al sanatorio, ya sea para recibir cartas, hablar por teléfono, tener visita o salir del edificio. Las boletas que se emplean con este propósito, son de dos formas: una para permisos individuales, otra para permisos colectivos, utilizadas los domingos y días de visita; los permisos colectivos son vigilados por el médico de guardia y éste sólo puede modificarlos en casos imprevistos y de urgencia (gravedad de un enfermo, v. gr.).

I.—*Permisos individuales.*—Tienen la redacción siguiente :

CLINICA NEURO-PSIQUIATRICA "Dr. Samuel Ramírez Moreno"

Se concede permiso al enferm.....
para
el día de

El Médico del Servicio,

Vo. Bo.
El Director,

II.—*Los permisos colectivos.*—Repetimos que estos permisos quedan anotados en un esqueleto a propósito, que el médico Jefe del Servicio debe llenar con un día de anticipación y además es necesario que el Director lo firme; el contenido de dicho esqueleto dice así :

CLINICA NEURO-PSIQUIATRICA "Dr. Samuel Ramírez Moreno".

Departamento de.

PERMISOS :

- De recibir visitas:
- De salir con un vigilante:
- De salir solo:
- De comer fuera:

México, D. F., a.

V. B.
El Director,

El Jefe del Departamento,

e).—*Estadística.*—Para finalizar lo relativo a la documentación médica, nos resta solamente indicar los trabajos de estadística que se llevan a cabo en el Sanatorio; de un modo general, son dos los tipos que se realizan: la estadística global y la de tratamientos especiales.

1o. La estadística global se consigna en un libro arreglado con tal objeto, en el que se anotan por períodos anuales, el número total de enfermos, el estado civil, el sexo, la edad y el tipo de padecimiento; además, se hace la clasificación para cada enfermedad, por sexo y por edades.

2o. Se llevan, por otra parte, estadísticas parciales de tratamientos por electropirexia, malarioterapia y cardiazol, para los cuales se siguen el método numérico y el gráfico.

DOCUMENTACION MEDICO-ADMINISTRATIVA.—Estos documentos corresponden a un conjunto de trámites y ordenamientos, relativos a los enfermos que forzosamente deben ser conocidos en común por el médico y el servicio ad-

ministrativo, en vista de que implican cuestiones económicas que en principio deben ser del resorte exclusivo de este último servicio; pero que en todo caso requieren el conocimiento del Director del sanatorio o del médico del Servicio en su defecto; pasaremos a enunciarlos:

1o.—*Solicitud de internamiento*.—Esta solicitud debe ser dirigida al Director del Sanatorio; pero su trámite es verificado por el Administrador; es de distinta redacción, según que el enfermo se interne por su propia voluntad o que sean los familiares quienes deseen tal cosa; en este último caso toda solicitud debe acompañarse de un certificado médico firmado por dos facultativos ajenos al sanatorio, en el que se haga mención del diagnóstico y la conveniencia de realizar el internamiento; los esqueletos de solicitud llevan escritos al reverso los artículos referentes al Reglamento Interior del Sanatorio, que más interesa conocer al solicitante: cuotas, revisión de correspondencia, permisos, etc., y que desde luego tiene la obligación de observar; las solicitudes mencionadas, dicen así:

Sr. Director de la Clínica para enfermedades mentales y nerviosas,
Dr. Samuel Ramírez Moreno.

Muy señor mío:

.....que suscribe, con domicilio en atentamente suplica a usted, se sirva admitirlo en su clínica, para que sea estudiad.... y atendid.... de las enfermedades que padece, haciéndose responsable del pago de su pensión y declarando su conformidad con las condiciones que constan al reverso.

México, D. F.,.... de de 193..

Firma:

Sr. Director de la Clínica para enfermedades mentales y nerviosas,
Dr. Samuel Ramírez Moreno.

Muy señor mío:

Atentamente suplico a usted, se sirva admitir en su clínica a.... enferm..... quien según el certificado médico adjunto padece de..... y necesita ser internad.... en un sanatorio adecuado para su observación y tratamiento.

Con el carácter de de..... enferm..... me hago cargo del pago de su pensión y declaro mi conformidad con las condiciones que constan en el anverso.

México, D. F., a.... de..... de 193..

Firma:

Desde luego ningún enfermo puede ser admitido en el Sanatorio, sin haber hecho la solicitud correspondiente.

2o.—*Orden de admisión.*—Después de que se ha tramitado con el Administrador la solicitud de internamiento, éste acuerda con el Director sobre dicha solicitud, y en caso afirmativo, se firmará la orden de admisión, antes de lo cual el enfermo no podrá internarse :

CLINICA NEURO-PSIQUIATRICA "Dr. Samuel Ramírez Moreno".

Orden de admisión núm.....

Al señor Administrador:

Sírvase usted disponer lo necesario para que sea internado en este sanatorio, según solicitud número..... el señor..... habiéndose convenido con:..... con domicilio en la cuota mensual de..... que pagará por mensualidades adelantadas.

México, D. F., de 193..

El Dr. Jefe del Servicio,

3o.—*Hoja de alimentación.*—Tiene por objeto hacer que el médico de cada servicio, autorice bajo su firma la alimentación especial que los enfermos deben tomar durante el día, esta hoja debe ser firmada en la mañana temprano y transmitida a la ecónoma; cualquier alimento que no esté comprendido en la ración normal del día, es forzoso que sea ordenado por el médico, para que un enfermo pueda tomarlo.

4o.—*Recetarios.*—Con el objeto de que las medicinas que el médico prescribe sean surtidas con prontitud, al mismo tiempo que se pueda tener verdadero control sobre su administración, se dispone de recetarios especiales que deben ir firmados por el médico y se requiere, además, que sean autorizados por el director en cada caso; sin estos dos requisitos, el administrador no puede hacer que se despache una receta. Los recetarios están redactados de esta manera :

CLINICA NEURO-PSIQUIATRICA "Dr. Samuel Ramírez Moreno".

Enfermo:.....
México, D. F., a de de 193 ..

Rp.

V. B.

El Médico

5o.—*Hoja dental.*—El servicio dental del sanatorio, tiene la obligación de atender a todos los enfermos cada vez que lo soliciten éstos o el médico; pero en tratándose de trabajos dentarios de cierta importancia y costo (orificaciones, prótesis, etc.), el dentista debe, en un esqueleto especial, anotar el presupuesto que arroja cada trabajo y pasarlo al administrador, el cual debe acordar con la familia del enfermo, si se prueba o no dicho presupuesto.

6o.—*Solicitud de salida.*—Cuando el familiar de un enfermo desea que éste sea dado de alta en el sanatorio, es condición indispensable, que previamente dirija al Sr. Director una solicitud en tal sentido que dice así:

Sr. Dr. D. Samuel Ramírez Moreno.
P r e s e n t e .

Suplico a usted, se sirva autorizar la salida de la Clínica al señor que ha estado internado, por encontrarse enfermo de: y en vista de que:

Quedo de usted, atto. y S. S.

Esta solicitud firmada debidamente por la persona que es responsable del enfermo, se acuerda por el director, quien a su vez, ordena a la administración se permita la salida del enfermo, con la siguiente orden:

7o.—*Orden de salida.*

CLINICA NEURO-PSIQUIATRICA "Dr. Samuel Ramírez Moreno".

Orden Núm.:

Sr. Administrador:

Sírvase usted tomar nota de que . . l . . enferm
. deja de ser pensionista en este sanatorio desde el día

El Director,

Salió a las horas del día

Con el anterior impreso, se finalizan los documentos médicos-administrativos, los cuales conforme se ha visto, requieren un trámite mixto, pues necesariamente deben ser conocidos por el médico y el administrador.

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.

La Ondoterapia

Por el Dr. GUIDO TORRES MARTINEZ

Encargado del Gabinete de Electropirexia de la Clínica del Dr. S. Ramírez Moreno.

El tratamiento de algunas enfermedades por medio de los aparatos de onda corta, es relativamente reciente, pues las primeras experiencias comenzaron a hacerse en Estados Unidos, en Francia y en Alemania, aproximadamente en el año de 1930; se construyeron aparatos tan imperfectos y se conocía tan poco su efecto, que no fué, sino hasta fines de 1934 y principios de 1935, cuando ya se pudo conocer y estudiar más ampliamente su efecto.

Esto dió origen a una revolución científica y trajo la substitución de los antiguos aparatos de onda larga, en los cuales solamente se aprovechaban los efectos de la temperatura, bastante benéficos para los enfermos; pero nunca comparables con las ventajas que trajeron consigo las ondas cortas.

En los aparatos de radio se obtuvo una ventaja semejante, pues se logró captar ondas emitidas por estaciones tan lejanas, que los aparatos de onda larga nunca hubieran podido captar.

La aplicación de dichas ondas a la medicina, se ha ido generalizando cada día más y se han podido conseguir curaciones o mejorías en enfermedades en las que no se sospechaba que pudieran tener efecto, tales como padecimientos reumáticos, ciáticas, anquilosis dolorosas consecutivas a viejas artritis, en las cuales muchas veces hasta las deformaciones causadas por la enfermedad se atenúan; en la angina de pecho, en donde el tratamiento por ondas cortas es superior a cualquier otro; en la flebitis, en las varicosidades muchas veces ulceradas, se consigue inmediatamente redu-

cir la inflamación de las piernas y tobillos; en los padecimientos inflamatorios dolorosos, por ejemplo, ántrax, forúnculos, diviesos, adenitis, flemones, etc., benefician notablemente la acción de las ondas cortas, no sólo en aparatos de diatermia, sino también, y más notablemente en los de TERAPIA PROFUNDA de onda corta, comenzando por atenuar el dolor y trayendo en poco tiempo la curación y el restablecimiento del enfermo. Tienen también efecto resolutivo notable sobre las adherencias, ya sean inflamatorias, o consecutivas a operaciones quirúrgicas, pues atenúan los dolores y molestias por disolución de las redes de neoformación que modifican la anatomía de los órganos, colocándolos en sitios distintos de donde les corresponde y provocando distendimientos, trastornos que al estado fisiológico, no existen.

Después de esta enumeración de padecimientos, en los que tienen efecto las ondas cortas y cuya aplicación es local, pasaremos a describir aquellos en los que siendo de aplicación general, se obtiene la doble ventaja de aprovechar los efectos de la onda corta y los de su acción inmediata, o sea la fiebre artificial.

La fiebre artificial es el más notable de los efectos de la onda corta, tanto por la gravedad de los padecimientos en los que se aplica, como por los magníficos resultados que de ella se obtienen.

La fiebre se usa desde hace muchos años para el tratamiento de algunas enfermedades, bien sea provocándola por choques proteínicos, o bien por inoculación de algunos gérmenes; pero en la actualidad se dispone de otro procedimiento o sea por medio de las ondas cortas, bajo la forma de diatermia. (1) Es bien sabido que esta fiebre, lejos de ser una enfermedad, por el contrario, es un excitante, que despierta en el organismo reacciones biológicas que le permiten defenderse mejor contra el ataque de los gérmenes.

La fiebre artificial provocada por diatermia de ondas cortas, tiene su principal indicación, en todas las formas de neurosífilis, en la esclerosis en placas, en la tabes dorsal, en la enfermedad de Parkinson, en el asma bronquial, en la hemorragia y en muchas otras enfermedades.

La fiebre artificial por ondas cortas, es de un valor inestimable en manos de un buen especialista, pues su manera

(1) G. Torres Martínez. Tesis recepcional, 1933.

de obrar en el organismo, la coloca muy por encima de los mejores agentes terapéuticos.

Se sabe, en efecto, que el organismo tiende siempre a reaccionar contra la enfermedad; esta reacción se efectúa a menudo por intermedio de la sangre, y más principalmente por sus elementos figurados, en particular por los glóbulos blancos, que son los que desempeñan en una lucha el papel de defensores; si en el curso de esta lucha los glóbulos blancos resisten, y son los que triunfan, el individuo sana; si por lo contrario, son derrotados por los gérmenes, el organismo enferma o muere.

Los glóbulos blancos contenidos en un milímetro cúbico, son por término medio de 6,000 a 6,500, durante el curso de un tratamiento de fiebre artificial por ondas cortas, se produce una leucocitosis muy intensa, subiendo el número de ellos a 10,000 en una hora y al cabo de hora y media su número llega a una cantidad no menor de 12,500, cuyo efecto se prolonga por un tiempo que varía entre 4 y 5 horas, así es que cada tratamiento aumenta por ese tiempo al doble la cantidad de defensores naturales del organismo y a la vez trae un debilitamiento por el calor, de los gérmenes que en él se han introducido.

Es conveniente que estas fiebres nunca excedan de 40° pues con ello se disminuye la vitalidad de los glóbulos blancos y lejos de obtener beneficio, se les aniquila y mata, sin poderlos utilizar para la lucha. Por lo tanto, es posible, gracias al efecto de las ondas cortas, hacer desarrollar al organismo energías insospechadas y atacar directamente órganos difícilmente accesibles, tales como el sistema nervioso, sin exponer al enfermo al menor peligro.

En la Clínica del Dr. Samuel Ramírez Moreno, se está utilizando este método con muy buenos resultados en la generalidad de los casos tratados, en muy pocos se ha observado indiferencia por él, y en bastantes los resultados han sido verdaderamente brillantes.

En el mes de febrero de 1933, se comenzaron a hacer aplicaciones de fiebre artificial con un aparato de onda larga, y desde junio de 1936 se substituyó el aparato por uno de onda corta; no habiendo obtenido el resultado que se esperaba se desechó nuevamente ese aparato y se empleó otro de onda ultracorta, cuya longitud es de 3 metros y cuyos resultados han superado a todos los anteriores aparatos, ha-

biendo trabajado con él más de 1,900 horas, equivalente, aproximadamente, a más de 1,300 aplicaciones.

Haciendo un cómputo de los tratamientos efectuados desde que se inició este método, se encontraron las cifras siguientes:

Total de casos tratados: 462.

Enfermos neurosifilíticos: 432.	} Forma de sífilis neuro-epitelial.	{ P. G. P. 171
		{ Tabes D. 37
		{ Atrofias ópticas 15
Enfermos no neurosifilíticos: 30.	} Forma de sífilis vásculo-conjuntiva	{ Formas difusas cerebro-espinales 209
		{ Esclerosis en placas 14
		{ Blenorragias 16

Total: 462.

Número total de aplicaciones, dadas desde febrero de 1933 hasta la fecha: 7,681.

En los enfermos tratados se hacen 10 aplicaciones, lo que comprende una serie. Varía el número de series aplicadas, desde una, hasta 5; excepcionalmente se ha dado a un solo enfermo un número de 86 aplicaciones, habiendo sanado totalmente desde la quinta serie.

Sifilias

SULFARSENOL

REG. NO.
3145-D.S.P.

*Menor
Toxicidad.*

*Eliminación
ideal.*

*Tratamiento
arsenicoide intenso,
con dosificaciones para
Mujeres y Niños. —*

Representante: **FARMAMEX** Productos Farmacéuticos, S. A.
Apartado No. 1257. México, D. F.

Los trabajos de

VENTANAS Y PUERTAS METALICAS

Para esta Clínica,
fueron ejecutados por

TALLERES ANGULO

Calzada de la Piedad número 60

México, D. F.

Sinceramente felicitamos al doctor Samuel Ramírez Moreno, por la inauguración del primer pabellón campestre de su nueva Clínica Neuro-Psiquiátrica, y nos sentimos orgullosos por haber vendido todos los muebles sanitarios a esta nueva y moderna Clínica dedicada al servicio de la humanidad.



La marca de calidad

Standard Sanitary Mfg. Co. de México, S. A.

Avenida Juárez Núm. 24.

Teléfonos: 3-60-20 — 2-68-64 — L-79-45

Hipotecas fáciles

Inversiones seguras

SOLICITE USTED
NUESTRO FOLLETO

—
Crédito Hipotecario, S. A. de C. V.

San Juan de Letrán No. 11.

2-77-44 J-31-42

México, D. F.

El Laboratorio Bioquímico en los Hospitales Neuropsiquiátricos

Desde su instalación en 1931, la Clínica del Dr. Samuel Ramírez Moreno, ha contado con un laboratorio médico, a cargo del Dr. Alberto Lezama Gutiérrez, distinguido especialista, cuya personalidad no necesita darse a conocer aquí. La importancia del laboratorio en neurobiología también es de sobra conocida, y el propio Dr. Lezama, en uno de los primeros números de esta publicación, nos proporcionó un interesante trabajo científico referente a ello. Por esto consideramos inútil insertar un trabajo destinado a recalcar la imprescindible necesidad de la existencia de un laboratorio completo en los sanatorios para enfermos mentales. En la nueva Clínica del Dr. Ramírez Moreno, seguirá prestando su colaboración este valioso medio de investigación diagnóstica.

Gabinete de Oftalmología

El oftalmólogo ha sido un apreciado contingente del neurólogo en el Sanatorio del Dr. Ramírez Moreno. También en otro número de esta Revista, el Dr. Luis Sánchez Bulnes publicó una aportación que pone de manifiesto el interés diagnóstico, pronóstico y aun terapéutico del estudio oculístico en la psiquiatría. La trascendencia, pues, del gabinete de oftalmología no requiere ser nuevamente expuesta aquí. Se necesita, como se necesitan el de psicometría y varios otros con que se completa una institución neuropsiquiátrica moderna.

A N E M I A S

INSUFICIENCIAS HEPATICAS

HEPATROL

EXTRACTO DE HIGADO FRESCO DE TERNERA
METODO DE WHIPPLE

Adultos y niños — Sin contra-indicación
Reg. No. 6288 D. S. P.

AMPOLLETAS BEBIBLES:

Cajas de 18 ampolletas de 10 c.c.
Cajas de 6 ampolletas de 10 c.c.
Cajas de 6 ampolletas de 5 c.c.
Cajas de 12 ampolletas de 2 c.c.

AMPOLLETAS INYECTABLES:

Cajas de 6 ampolletas de 2 c.c.

OFICIO FARMACEUTICO MEXICANO, S. A.

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

Laboratorios A. ROLLAND.

4 Rue Paton.

París, XVe.

SANYN

BIYO-CLICOL

Sanyin

INFANTIL
REG. N° 15385. D.S.P.

ADULTOS
REG. N° 14926 D.S.P.

INDOLORO.

SIFILIS
EN TODOS SUS PERIODOS
BISMUTO en FORMA
ANIONICA
ELECTRONEGATIVA

Galinaf

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

Importancia del Servicio Dental en los Hospitales Psiquiátricos

Por el cirujano dentista
Dr. JORGE TORRES MARTINEZ

La boca desempeña un papel muy importante en el estado de salud en general, ya que ella, cuando se encuentra en condiciones favorables para la proliferación de gérmenes patógenos es presa de ellos, ocasionando no solamente enfermedades locales (caries dentales, estomatitis, etc.), sino que es puerta de entrada de enfermedades generales que repercuten ya sea directa o indirectamente sobre el sistema nervioso.

Desempeña también la boca un primordial papel en la digestión, triturando y preparando a los alimentos para que éstos, con toda eficacia, sean en seguida sometidos a las acciones de los jugos gástricos e intestinales; por lo tanto, cuando la boca no cumple debidamente con sus funciones, ocasionará trastornos digestivos de orden mecánico y químico, que repercutirán en todo el organismo e indirectamente en el sistema nervioso mismo.

Muchos padecimientos buco-dentales hay que, de una manera más directa, influyen en el sistema nervioso, como son, por ejemplo, períodos agudos de pulpitis, abscesos apicales, abscesos perirradiculares, terceras gruesas molares en erupción, alveolitis, etc., que vienen a provocar no sólo dolor, sino muchas veces en estos enfermos, estados de excitación psicomotriz o episodios hipocondríacos.

Los focos de infección constante, que se presentan en la boca con tanta frecuencia (bolsas piorréicas, abscesos apica-

les crónicos, etc.), influyen también en el sistema nervioso, pues por el torrente circulatorio, van a llevar gérmenes patógenos a todo el organismo, así como por vía digestiva por la pirofagia constante (en la periodontoclasia) o bien por vía respiratoria aunque menos frecuente; pero esta invasión constante de gérmenes en el organismo, no solamente podrá influir directamente sobre el tubo digestivo o sobre el aparato respiratorio, sino en cualquier parte del organismo (por el torrente circulatorio).

Entre los enfermos psiquiátricos, se encuentran algunos con padecimientos sífilíticos (neurosífilis), y los cuales están sujetos a tratamientos bismúticos, mercuriales, etc., que tanto influyen en la patología de la boca, produciendo las típicas estomatitis medicamentosas, que son de fatales consecuencias para la vida de las piezas dentarias, si no son atacadas a tiempo, así como traen también consecuencias en la mucosa bucal y trastornos digestivos; por lo tanto, el dentista ayudará a que cuando a un enfermo se le vaya a aplicar algún

Tratamiento de Fondo Antiluetico

SERIE A
THIABI
SULFURO DE MERCURIO
Y DE BISMUTO

BISMUTO
MERCURIAL

SERIES INFANTIL
A.B.yC.

Instituto
Therapeutico
Brasileiro.
RIO DE JANEIRO, BRASIL

14935 D.S.P. - 14437 D.S.P. - 14935 D.S.P. - 14935 D.S.P.

PARA MUESTRAS Y LITERATURA DIRIJASE A: LABORATORIOS "PICOT" INC.

REGINA 13.

MEXICO, D. F.

tratamiento (bismuto mercurial, etc.), de esta índole, se encuentre la boca de dicho enfermo en las mejores condiciones de higiene posible, suprimiendo también toda causa de irritación (sarro, raigones, piezas protésicas mal acondicionadas, etc.), y los enfermeros encargados de dicho enfermo, vigilen el aseo diario de estos enfermos o haciéndose los mismos enfermeros en caso de que por el estado mental de estos enfermos no les permita hacerlo ellos mismos, y de esta manera que la boca se mantenga siempre en buen estado de higiene, evitando así que las estomatitis se agraven o se compliquen.

Es también muy importante recordar que cierta clase de estos enfermos se presentan con una marcada falta de calcificación en su dentadura, debido a disturbios del metabolismo (esquizofrénicos), y por lo tanto, también una tendencia muy grande a cariarse las piezas dentarias, por lo que estos enfermos más que ningunos otros necesitan del cuidado constante del dentista.

Cierta clase de enfermos (epilépticos y oligofrénicos), están sujetos a traumatismos constantes de las piezas den-

MERCUROCROMO - OXIFLUORESCEINA

S O D I C A S A L U B L E

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN

Av. Chapultepec, 297

México, D. F.

Unicos distribuidores del poderoso antiséptico

MERCUROCROMO - 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. **Mercurocromo-Oxifluoresceina** y deseo se me remita libre de portes una muestra (frasco de 1 gramo para experimentación).

Nombre.

Dirección.

Estado.

CUPON

tarias, debido a golpes que ellos mismos se dan al darles ataques, así como a tendencia que muchos de ellos tienen a morder objetos (como los barrotes de la cama, por ejemplo), o simplemente tienden a tirarse constantemente de los dientes, como he tenido ocasión de observar algunos casos así; y muchos otros podría enumerar en que los cuidados del dentista son de primera necesidad. Estos enfermos, hasta hace algunos años, se tenían en un abandono completo respecto a su boca, y como se ve a grandes rasgos he enumerado algunos puntos por los que los enfermos psiquiátricos necesitan más que ningún otro enfermo de los cuidados constantes del dentista, y la importancia tan grande que tiene la odontología en estos Hospitales; pero diré también de paso, que tampoco, como quieren algunos autores, dependen tantas enfermedades mentales y nerviosas exclusivamente de alguna causa dental.

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.



EQUINOSERUM "M Y N"

Suero hemopoyético fresco.
En ampulas de 10 c.c.

*Conserva íntegra su actividad por estar
recientemente preparado.*

No contiene antisépticos.

No está diluído.

Su precio es bajo.

*Está indicado en las anemias y en
las hemorragias.*

Registro No. 10991 D. S. P.

GRAVIDOSERUM "M Y N"

Suero aséptico de yegua embarazada, extraído durante
la segunda mitad de la gestación.

En ampulas de 10 c. c.

Es un suero pluri-hormonal, contiene hormonas sexuales,
paratiroides y gonadotropas

Está recientemente preparado por lo que conserva todos
sus atributos terapéuticos.

No contiene antisépticos ni está diluído.

EL GRAVIDOSERUM MYN está indicado principalmente
en los vómitos incorregibles del embarazo y en las
insuficiencias endocrinas.

Su precio es bajo.

Registro No. 12895 D. S. P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la
vigilancia médica.