

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

SUMARIO:

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA.—
Por el Dr. Samuel Ramírez Moreno.

CLASIFICACIONES PSIQUIATRICAS EN EL
BRASIL.—*Por el Dr. Heitor Peres.*

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



VOL. VI

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 32

10. DE JULIO 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

—

Veracruz

—

Guadalajara

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

DIRECTOR:

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

EDITOR Y JEFE DE REDACCION:

Dr. JUAN PEON DEL VALLE

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

VOLUMEN VI NUM. 32 1o. DE JULIO DE 1939 MEXICO, D. F.

Registrada como artículo de 2a. clase en la Administración de Correos de México, D. F., con fecha 11 de marzo de 1939.

SE SOLICITA EL CANJE CON PUBLICACIONES SIMILARES

Los profesionistas que no reciban esta Revista y se interesen por ella pueden enviar su dirección para que se les remita.

La Redacción no se hace responsable de los conceptos vertidos por los autores. Solamente consideramos el prestigio y la honradez de nuestros colaboradores. Por lo tanto, invitamos a los señores médicos a que, siempre que lo deseen y en especial cuando estén en desacuerdo con el contenido de algún artículo, dispongan de las páginas de esta Revista para contribuir al mejor estudio de la neuropsiquiatría y ramas afines.

TODA CORRESPONDENCIA DIRIJASE A LA REDACCION:

GENOVA, 39

MEXICO, D. F.

SECCIONES:

PSIQUIATRIA

Dres. Samuel Ramírez Moreno y Juan Peón del Valle.

NEUROLOGIA

Dres. Adolfo M. Nieto y Santiago Ramírez.

MEDICINA LEGAL

Dres. José Torres Torija y José Rojo de la Vega.

RAMAS AFINES:

NEURO-ENDOCRINOLOGIA: Dr. Fernando Ocaranza.
HISTOLOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO: Prof. I. Ochoterena.
PSICOPELAGOGIA: Dr. Lauro Ortega.
CRIMINOLOGIA: Dr. José Gómez Robleda.
NEURO-CIRUGIA: Dres. Conrado Zuckermann y Darío Fernández.
HIGIENE MENTAL: Dr. Fernando Rosales.
PSIQUIATRIA INFANTIL: Dr. Manuel Neimann.
PALUDOTERAPIA: Dr. Luis Vargas.
TOXICOMANIAS: Dr. Juan Peón del Valle y Varona.
TERAPEUTICA DEL SISTEMA NERVIOSO: Dr. Antonio Tena.
NEUROLOGIA OCULAR: Dr. Raúl A. Chavira.
FISIOTERAPIA: Dr. Guido Torres Martínez.
LABORATORIO: Dres. Luis Gutiérrez Villegas y Alberto Lezama.
PSIQUIATRIA JURIDICA: Gustavo Serrano y Felipe Gómez Mont.

COLABORADORES REPRESENTANTES EN LA REPUBLICA:

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

COAHUILA: Dr. M. Elizondo C.
COLIMA: Dr. Max Linares M.
CHIHUAHUA: Dr. Carlos González Fernández.
DURANGO: Dr. José Peschard.
GUANAJUATO: Dres. Alberto Aranda de la Parra, Octavio Lizardi y
Carlos Ramírez Prado.
GUERRERO: Dr. 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 Zара-
goza.
TLAXCALA: Dr. Demóstenes Ballón.
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. Plínio 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.



Cardiovascular "Merck"

Indicaciones principales:

Debilidad cardíaca y circulatoria

en el curso de enfermedades infecciosas (gripe, neumonía, tifus, difteria, etc.), antes y después de operaciones y en la *hipotonía constitucional*.

Cardiovascular "Merck"

Frascos cuentagotas de 10 cc.
Reg. No. 18903 - D. S. P.

E. Merck
DARMSTADT

Muestras y literatura: Merck-México, S. A.

Apartado 8619. México, D. F.

Tratamiento de la Esquizofrenia

Por el Prof. Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

"No hay recurso terapéutico que no haya sido propuesto contra la esquizofrenia".—*Mira.*

Si la delimitación clínica de la noción de esquizofrenia y la etiología de este *estado de reacción psicopática* constituye actualmente uno de los problemas por resolver más complejos en psiquiatría, el tratamiento está aún carente de plan de orientación definido y de bases suficientemente sólidas, de tal modo que los métodos, principalmente por *choques*, son en gran parte empíricos; pero algunos constituyen procedimientos verdaderamente útiles y en ocasiones admirables cuando se emplea con la debida oportunidad.

El tratamiento de la esquizofrenia, demasiado extenso si tratáramos de exponerlo con todo detalle, lo vamos a resumir, pues parte de éste solamente tiene interés desde un punto de vista histórico y sería ocioso describir procedimientos que están fuera de uso. En cambio, trataremos con mayor detalle lo relacionado con los métodos de Sakel y Von Meduna, que han sido admitidos y empleados por la mayor parte de los psiquiatras actuales.

La exposición de este tema llevará el siguiente orden:

- I.—*Tratamiento profiláctico.*
- II.—*Tratamiento sintomático.*
- III.—*Internamiento.*
- IV.—*Tratamientos pasados.*
- V.—*Tratamientos modernos.*

I.—*Tratamiento profiláctico.*—El problema de la profilaxia en la esquizofrenia es casi el mismo de todos los padecimientos mentales en los que intervienen, por una parte, causas de predisposición hereditaria, y por otra, factores adquiridos que actúan directamente sobre el psiquismo, originando estados psicopatológicos.

Desde este punto de vista, las reglas de la higiene mental son las más adecuadas, principalmente las que tienen por objeto atender debidamente a los hijos de padres neuróticos o enajenados dentro de métodos de educación física, alimentación adecuada, exclusión de trabajos o esfuerzos intelectuales, etc.

Los individuos que viven en un medio de influencia mental morbosa, deben ser separados de ese ambiente y colocados en otro donde puedan estar exentos de factores etiológicos que obren nocivamente sobre su psiquis.

En lo referente a los preceptos para evitar las uniones consanguíneas de psicópatas o los matrimonios de individuos enfermos de padecimientos nerviosos graves y aun el delicado asunto de la esterilización y de la castración en enajenados o tarados profundos, son cuestiones que corresponden a la eugenesia y que han sido tratadas y discutidas con suficiente amplitud.

Debemos, sin embargo, insistir en la conveniencia de aislar a los hijos de padres psicópatas, enajenados o viciosos, y colocarlos en planteles educativos donde se pueda ejercer sobre ellos la vigilancia médica adecuada, sometiénolos a exámenes psiquiátricos de acuerdo con las orientaciones que la propia Higiene Mental señala, pues, en esta forma pueden destruirse o atenuarse estados de predisposición latente que en un medio inadecuado —en condiciones higiénicas pobres y ante la lucha de esfuerzo y de trabajo por la vida, igual a la de los individuos normales— puede favorecer el desarrollo de un padecimiento esquizofrénico, especialmente en los sujetos de constitución esquizoide.

La siguiente observación, de varias semejantes que he podido recoger, en mi concepto es explicable por la influencia del medio sobre la predisposición.

Se trata de E. M., señorita de 28 años, con manifestaciones esquizofrénicas recientes: discordancia ideoafectiva, ambivalencias, autismo, ideas querellantes, alucinaciones au-

ditivas, agresividad hacia la madre, etc., que se agrupan hacia una forma paranoide.

Esta enferma tiene antecedentes familiares de enajenados y neuróticos; su madre es persona de carácter extravagante, muy rígida y severa en la educación que ha tenido para los hijos; pero lo curioso es que una hermana suya, G. M., presentó un estado esquizofrénico hace varios años, el cual evolucionó rápidamente hasta constituirse en forma hebefrénica; durante algún tiempo estuvo internada en un sanatorio, pero deseando la madre hacerse cargo personal de ella, la recluyó en su casa, quedando la vigilancia y atención encomendadas a E. M., quien desde hace ocho años ha tenido el papel de enfermera, con una vida de absoluto retraimiento, sin tener distracciones, sometida a la rígida disciplina de la madre y sufriendo las consecuencias de la conducta anormal de la hermana: insultos, agresiones; hasta hace poco tiempo en que ha empezado a presentar el cuadro esquizofrénico que se indica.

Reflexionando sobre este caso puede decirse que, si E. M. hubiera sido separada de la hermana enferma, viviendo en otro ambiente, sometida a educación distinta y dentro de una vida de higiene mental ¿habría desarrollado la psicosis esquizofrénica que presenta? Posiblemente no, pues en el caso, sobre la predisposición hereditaria que seguramente existía, podemos pensar que ha habido factores psicológicos ambientales de influencia directa que han favorecido el desarrollo de un estado *latente*.

Se debe extender cada vez más, como lo pretende llevar a cabo el Departamento de Psicopedagogía de la Secretaría de Educación Pública de México, la investigación psicológica y psiquiátrica a todos los escolares, para conocer oportunamente sus taras, sus desviaciones psíquicas, sus constituciones, y tomar las medidas adecuadas y oportunas a efecto de detener un padecimiento mental que con el tiempo pudiera producirse.

Los consultorios de Higiene Mental —como en varias partes del mundo se han establecido— es indispensable que se funden en los países en donde no los haya, para que se tomen las medidas adecuadas y puedan resolverse los problemas que padres, educadores y médicos presenten, a efecto de que se les instruya sobre los métodos de Higiene Mental

en el caso de los anormales, de los psicópatas, de los predispuestos, con relación a las cuestiones sociales y médicas a que dan origen, así como de todos los métodos de prevención de los padecimientos psíquicos, que sean aplicables en la práctica.

De este modo, podría llevarse a cabo labor de efectiva profilaxia, no sólo en la esquizofrenia sino en muchas otras enfermedades mentales.

II.—*Tratamiento sintomático.*—Las distintas formas clínicas de esquizofrenia traen cuadros y síntomas múltiples que requieren medicaciones diversas y adecuadas, bien conocidas por los prácticos.

Contra la agitación, principalmente propia de los estados hebefrénicos y paranoides, es de uso corriente emplear la clinoterapia prolongada, los baños calientes de inmersión a 38 ó 39 grados, el aislamiento en habitaciones silenciosas, la fototerapia azul o verde, o bien el empleo de sedantes nerviosos: bromuros, cloral, barbitúricos y tantos productos que en gran cantidad se lanzan cada día al mercado, algunos con más finalidad comercial que con buenos resultados terapéuticos.

En los casos de *agitación muy intensa*, se recomienda el método de la narcoterapia, que consiste en tener al enfermo durante varios días dormido, por medio de hipnóticos enérgicos, ya usando inyecciones, ya enemas, ya fórmulas diversas por vía oral. Este procedimiento, llamado también *narcosis permanente*, es útil en algunos casos y se recomienda por Klasi, su autor, y por otros muchos psiquiatras, entre ellos Baltasar Caravedo.

Los *estados depresivos* tienen la terapéutica común de los síndromes de esta naturaleza y se emplean para ellos, estimulantes de la nutrición, excitantes del sistema nervioso, entre los que se viene usando el clorhidrato de hematoporfirina y algunos compuestos de efedrina, fósforo, manganeso, estriocina, etc.

En los *cuadros de agotamiento y desnutrición*, el suero fisiológico y glucosado, las inyecciones de extracto hepático, pero de modo muy especial, en ciertos casos hemos tenido resultados satisfactorios con las transfusiones, inyectando 150 ó 200 c. c. de sangre cada dos o tres días, hasta completar seis a diez.

El tratamiento arsenical

de la **SIFILIS ADQUIRIDA**
de la **HEREDO-SÍFILIS**
de las **SÍFILIS ANTIGUAS**
de algunas **DERMATOSIS**,
debidas o asociadas a la **SIFILIS**

por:

el Acétylarsan

*rigurosamente indoloro
discreto, facil
neurotónico y eutrófico*

●

Compuesto arsenical de eliminación facil
apropiado a todas las modalidades del tratamiento mixto

Regs. No. 3777 y No. 1323 D. S. P. ~ Prop. No. 6949.

Usese por prescripción médica

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

Marques POULENC Frères et USINES DU RHONE

21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8^e)

BREVILL.

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.

Para la *sitiofobia*, tan frecuente en los catatónicos, se puede ensayar la insulina y arsénico cuando no se impone la alimentación con sonda esofagiana, introduciéndola por la nariz, para lastimar lo menos posible al enfermo. La práctica de esta alimentación es de uso corriente en todos los sanatorios psiquiátricos y siempre hay enfermeros habilísimos que la saben emplear, pues con frecuencia se requiere este recurso, en ocasiones por varios meses, para poder nutrir a los pacientes.

Las alteraciones glandulares que en elevada proporción se presentan en los enfermos, tales como insuficiencias ováricas, perturbaciones tiroideas y otros disendocrinismos, se deben combatir mediante extractos opoterápicos adecuados.

Otros recursos y medicamentos sintomáticos —pues sólo mencionamos algunos— como los anteriores, no son exclusivos de la esquizofrenia sino comunes en todas las enfermedades mentales y por lo tanto empleados dentro de la terapéutica psiquiátrica en general, por lo que no habría caso de seguir enumerando.

III.—Internamiento.—La mayor parte de los enfermos esquizofrénicos requieren su reclusión en hospitales psiquiátricos, tanto para protegerlos de los actos que puedan ejecutar contra ellos mismos —rechazo de alimentos, intentos de suicidio, automutilaciones— como contra los demás: impulsiones agresivas u homicidas, robos, delitos en propiedad privada, etc. Hay que tener presente, que estos enfermos cometen actos anormales y agresivos mucho más frecuentemente en el medio del hogar y con los propios familiares, especialmente contra los padres, que en el ambiente disciplinado y propio del hospital.

Por otra parte, es más fácil que sean sometidos a métodos de trabajo cuyos provechos son indiscutibles, así como a algunas actividades gimnásticas y deportivas.

La *terapéutica ocupacional* o *laboroterapia* de Simon que tanto se ha extendido en los últimos años entre los enfermos mentales y que ha dado beneficios extraordinarios en muchos esquizofrénicos, sólo puede llevarse debidamente en el hospital.

El internamiento es, además, indispensable para realizar en forma adecuada, los procedimientos de insulino-terapia y convulsionoterapia que ahora se aplican.

Las formas atenuadas del mal, o los estados de remisión o convalecencia, es posible atenderlas fuera del sanatorio, pero ha de recomendarse que el enfermo en algunos casos no esté al lado de sus propios parientes, sino bajo la vigilancia de una familia que pueda cuidarlo, para que éste sienta la impresión de vivir en el hogar; pero sin la confianza y las ligas afectivas que con sus familiares tiene, ya que según las teorías psicoanalíticas, esto da motivo a la conducta agresiva y violenta que tales enfermos presentan ante sus padres y hermanos por los *complejos incestuosos* que se ponen en acción.

IV.—*Tratamientos pasados*.—Hasta hace poco tiempo se habían intentado numerosísimos métodos de tratamiento, sin resultados ostensibles y como no hay propiamente una terapéutica causal, la mayor parte de dichos procedimientos se realizaban, ya desde un punto de vista puramente empírico, ya por extensión, pues en otros padecimientos mentales, algunos eran ensayados o daban resultados favorables, como la piretoterapia; pero la ineficacia de todos había creado el concepto de que la esquizofrenia casi no tenía recursos terapéuticos y en ese sentido Bleuler decía: "se ha de evitar en todo caso las curas caras que no sirven para nada. En general, no se deben sacrificar los intereses económicos y morales de una familia en un tratamiento sin esperanza".

Algunos de los métodos llaman la atención porque no tienen bases científicas para haberse empleado y sólo se disculpan por el hecho de que se ha intentado buscar tenazmente recursos que pudieran ser provechosos en este procedimiento.

Como sería imposible describir y aun siquiera enumerar los tratamientos practicados, a continuación expondré los que principalmente fueron realizados en épocas pasadas, haciendo hincapié en aquellos que se emplearon más o en los que se cifraban esperanzas de mejoramiento o de curación.

a).—*Tratamientos glandulares*.—Cuando se sostuvo la etiología endócrina de la esquizofrenia se empezaron a emplear todos los productos opoterápicos: tiroideos, hipofisarios, suprarrenales, etc.; pero seguramente lo que tuvo más aplicación fué el tratamiento opoterápico genital, extractos orquíuticos y ováricos. Estos se han prodigado con exceso y puede decirse que aun en la actualidad son de uso corriente

en los esquizofrénicos, quienes indiscutiblemente presentan perturbaciones endócrinas con mucha frecuencia; pero éstas como ya se ha señalado por varios autores, no son productoras del cuadro psicopatológico, sino éste más bien puede ser el motivo causal de aquéllas.

Se ha intentado el tratamiento con hormonas sexuales femeninas inyectadas a varones y viceversa (Beck), y aunque algunos autores optimistas señalan haber obtenido buenos resultados, la verdad es que no se han confirmado y sería muy difícil señalar las mejorías espontáneas de aquellas que pudieran ser favorecidas por estos métodos.

Ciertos autores han sido partidarios de los tratamientos mixtos, por ejemplo, tirohipofisosuprarrenal (Mira).

Actualmente los tratamientos glandulares son de administrarse cuando hay manifestaciones de disendocrinismo; pero propiamente pueden conceptuarse como terapéutica sintomática y no de fondo o causal.

b).—*Tratamientos psicológicos.*—Durante el auge del psicoanálisis, se concibió la esperanza de que por procedimientos de esta terapia podrían curarse o mejorarse los esquizofrénicos, como en el caso de las neurosis —psicastenia e histeria— y numerosos psiquiatras se dedicaron a la tarea de intentar fuese llevado a la práctica el método (Leland, Hinsie, etc.)

También estuvieron muy de moda otros sistemas psicológicos consistentes en provocar *choques emocionales* (Schimajel, Birnbaum) y aun procedimientos de persuasión, especialmente en algunas formas paranoides (Mira).

Igualmente fueron aconsejadas las curas psicagógicas por hipnotismo, y las llamadas *indirectas* modificando el medio ambiente en los pacientes; rodeándolos de distracciones, personal adiestrado, orientarlos en el trabajo, etc., las cuales en parte no han sido sino formas de la terapia ocupacional de Simon, que como ya se indicó, tan buenos resultados ha dado en la mayoría de los enfermos mentales crónicos.

Es evidente, que ciertos procedimientos de la psicoterapia son útiles; pero sólo modifican algunos de los aspectos en los síntomas y en la conducta de estos pacientes, pues otros, como el propio psicoanálisis, están completamente desechados, por ser impracticables.

c).—*Tratamiento por sueño prolongado (Narcoterapia).*— Este método introducido a la terapéutica de las enfermedades mentales por Klasi, no solamente se ha utilizado en la esquizofrenia como procedimiento sintomático, sino también como tratamiento de fondo y en este sentido ha sido muy empleado, principalmente por el profesor Mayer, en la Clínica de Burgholzi.

El método original consiste en aplicar al paciente, previamente, un enema de 30 gramos de aceite de ricino y después de hacer efecto, por vía rectal, la mezcla narcótica siguiente:

Paraldehido	0.4864 grs.
Extracto de amileno	0.1593 „
Hidrato de cloral	0.1157 „
Alcohol de 92°	0.1747 „
Acido isopropilalilbarbitúrico	0.0409 „
Digaleno	0.0330 mgms.
Efedrina	2.4600 „

Se aplican 0.15 c. c. por kilo de peso, diluïdos en diez veces su volumen en solución glucosada al 10%, cuya acidez se neutraliza con un gramo de bicarbonato de sodio.

Generalmente los dos o tres primeros días se ponen al enfermo tres o cuatro enemas de 3 a 4 c. c., y en los siguientes de 2 c. c., durante el tratamiento de ocho a doce días, según los casos.

El método no está exento de peligros, pues se cita que hay de 0.5 a 2% de mortalidad y se requiere vigilancia y cuidado especial con los enfermos, administrándoles enemas de Morphy, suero glucosado, suero fisiológico e inyecciones de oxígeno, según las necesidades.

Baltasar Caravedo emplea principalmente el Somniféne Roche. Este autor considera ventajas del procedimiento desde el punto de vista de la exploración psicológica, pues dice que el enfermo "antes de dormir, por lo general, habla y rompe el autismo, exhibiendo sus verdaderas preocupaciones, aun en los casos en que la censura es fuerte y sólo pronuncia monosílabos, palabras inductoras que pueden señalar la pista para descubrir sus complejos".



Schering

Hormona testicular pura
en forma de propionato de
testosteron

Dosificación exacta en „mgrs.“

INDICACIONES:

Fatiga intelectual y física

Insomnio presenil

Trastornos circulatorios periféricos
(sensación de frío en las extremidades, acrocianosis)

Prurito senil

Hipogonitalismo y disminución de la potencia

Trastornos de la micción en la
hipertrofia de próstata

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

Envases originales:

Caja con 4 amp. de 1 c. c. con 5 mgr. cada una = 250 U. I.

Caja con 4 amp. de 1 c. c. con 10 mgr. cada una = 500 U. I.

Caja con 2 amp. de 1 c. c. con 25 mgr. cada una = 1250 U. I.

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

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

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

MERCUCROMO - OXIFLUORESCEINA

SODICA SALUBLE

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN

Av. Chapultepec, 297

México, D. F.

Unicos distribuidores del poderoso antiséptico

MERCUCROMO - OXIFLUORESCEINA SODICA

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

Frasco de Diez Gramos \$ 1.60

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN

Av. Chapultepec 297.

México, D. F.

Muy señores míos:

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

Nombre.

Dirección.

Estado.

CUPON

Sigma
PRODUCTO **Sanyn**

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

COMODO, ECONOMICO, TOLERABLE Y EFICAZ.

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

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS

Quese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

Otros hipnóticos se han empleado con el mismo propósito, entre ellos la escopolamina con luminal, el luminal sódico, el dial, el sulfonal y la morfina-escopolamina.

El método aludido ha continuado preconizándose por los alienistas suizos; pero no con indicación exclusiva para la esquizofrenia.

d).—*Piretoterapia*.—Después de los resultados tan satisfactorios obtenidos mundialmente provocando reacciones piretógenas en los enfermos neurosifilíticos, ya empleando infecciones como el paludismo, la fiebre recurrente, el sodoku, ya mediante la inyección de sustancias proteicas que ocasionan choques con hipertermia, o ya por otros medios, se empezó a extender esta terapia a la esquizofrenia, y por mucho tiempo se ha venido practicando (Menzies, Gallaud, Giehm, Mageneau, Male, D'Ormea, Pasqualini).

La piretoterapia más empleada ha sido la malárica, de la cual se citan resultados muy contradictorios; pero para algunos autores, bastante buenos, pues consideran que el método es capaz de favorecer remisiones (Belloni, Bertolini, Cebrián, Hinsie, Malquin, Mikulski, Masquin, Mazza, Umsworth, Baneli, Varenna, Urdela, Warner, Wizil).

Nosotros hemos ensayado la paludoterapia en esquizofrénicos sin resultados verdaderamente satisfactorios, pues sólo hemos observado en algunos casos ciertas mejorías sintomáticas, especialmente en lo que se refiere a los estados de agitación que presentan los hebefrénicos; pero no hemos apreciado remisiones ostensibles.

La malaroterapia ha sido también empleada asociándola con inyecciones de silicilato de sodio (Brunowa).

Algunas vacunas se han usado para provocar choques piréticos, entre otras, la vacuna antitifoidea (Berkley, Joson, Vallejo Nájera, Alvarez, Nouvilas, Lourrival de Queiroz); el Dmelcos (vacuna contra el estreptobacilo de Ducrey), las vacunas antigonocócicas, etc., etc. Podemos decir que las mismas empleadas para la neuro-lúes.

Algunas drogas químicas se han recomendado como de acción piretógena útil (Pyripher, Phlogetan).

Pero seguramente la forma de piretoterapia que ha tenido más aceptación en la esquizofrenia ha sido la preconizada por Claude y Dublineau en 1933, quienes, después de sostener la etiología *metatuberculosa*, empezaron a tratar a

dementes precoces con *piretoterapia azufrada e inyecciones de sales de oro*. La técnica consiste en alternar inyecciones de aceite azufrado (de 1 a 10 c.c. al 1%) con una sal de oro.

Este procedimiento tuvo feliz acogida entre los psiquiatras y empezó a extenderse rápidamente (Tusques, Broggi, Groce, Fenwick, Fournier, Izikowytz, Minsk, Nakamoto, Petroseli, Salingi, Shapiri, Imber, Kerfriri, Fribourg, Lassale).

Los resultados que algunos autores como Hybert, Stoer, Cohn, dicen haber obtenido, son de llamar la atención, pues señalan el 80% de remisiones, lo que creemos sea más bien el efecto de su optimismo que el de la realidad, pues en México, a raíz de los estudios de Claude, nosotros seguimos este procedimiento, habiéndolo empleado en muchos casos y en forma intensa, sin obtener propiamente resultados, siquiera medianamente satisfactorios.

e).—*Tratamientos quirúrgicos*.—El afán de buscar métodos curativos en tan rebelde enfermedad, ha llevado a numerosos clínicos a realizar tratamientos quirúrgicos como injertos de glándulas sexuales masculinas y femeninas, respectivamente en hombres y mujeres esquizofrénicos; y en algunos casos de trasplatación de testículos se citan efectos satisfactorios (Sergierous, Kirj). Se ha empleado además, la tiroidectomía (Lewison, Canowel, Winslock), y en ciertos enfermos se ha llevado a cabo la castración (Patzl y Wagner), y la esterilización (Slotopolsky) pero todos estos ensayos, en rigor, pueden conceptuarse como infructuosos.

f).—*Otros tratamientos*.—Muchos otros tratamientos se han practicado, por ejemplo, el de la autohemoterapia (Freytag, Davesne); la heterohemoterapia; las inyecciones de suero de enfermos convalecientes o en remisión; el tratamiento por las radiaciones mitogenéticas (Reitman); por sales de manganeso (Hoskins, Walbu), método que para algunos autores ha dado resultados contradictorios; tratamientos por sangre placentaria (Susmann, Galant); por sales de calcio; por nucleinato de sodio en dosis progresivas de 0.15 a 2 ó 3 grs. en suero fisiológico (Grimaldi); por abscesos de fijación con trementina; el tratamiento vitamínico por distintas formas de vitaminas, el de la hematóporfirina, especialmente en las formas depresivas (Notkin, Hudart y Dennes); el del dinitrofenol y el del dinitro-orto-cresol (Loony y Horkins); el de las inyecciones de sueros hipertónicos; el mé-

todo de Carrol, punción lumbar e inyección intrarraquídea de 1 a 3 c. c. de suero de caballo o de solución de yoduro de sodio del 1 al 25%; el complicado procedimiento de Ashner, tan recomendado por Dereck, tratamiento combinado: dietético, masaje, ejercicios rítmicos y respiratorios, naturismo, revulsiones, derivación por diaforesis, purgantes, vomitivos, sangrías, vejigatorios, las inyecciones intravenosas de extracto de plexus coroides (Marmesas); y muchos otros que sería ya ocioso enunciar.

Como se puede apreciar, tan numerosos tratamientos revelan el poco o ningún éxito obtenido con ellos, pues a pesar de todo, hasta hace algunos años podía conceptuarse que no había procedimientos útiles para este padecimiento, ya que no existía uno verdaderamente eficaz y universalmente aceptado.

V.—*Tratamientos modernos.*—Numerosos psiquiatras venían empleando por rutina, algunos de los métodos reconocidos en otra época para el tratamiento de la esquizofrenia y además, la terapia sintomática, pues en realidad casi todos conceptuaban al padecimiento como incurable y carente de terapéutica efectiva; pero, dice Honorio Delgado, al hablar sobre los nuevos métodos: "La Psiquiatría se ha transformado fundamentalmente en los años corridos del presente siglo. La adquisición más reciente de la medicina mental que cura, es el tratamiento de la esquizofrenia por convulsiones y choques provocados respectivamente con Cardiazol e Insulina, según procedimientos diferentes de los usuales en la aplicación de estos agentes".

En efecto, los métodos de insulino-terapia y de convulsio-terapia han presentado tan satisfactorios resultados, que en la actualidad constituyen los procedimientos de elección para el tratamiento de la dolencia que nos viene ocupando, y puede decirse que no hay psiquiatra que no los esté empleando con más o menos resultados halagüeños. La literatura de estos últimos años, y de estos últimos meses sobre el particular es tan abundante, que sería una tarea verdaderamente difícil tratar siquiera de resumirla.

Estamos pasando, pudiéramos decir, la misma etapa de entusiasmo y de optimismo con la esquizofrenia, como la que pasamos al emplear la piretoterapia en la parálisis general y en otras formas de neurosífilis, pues ante los hechos indis-

cutibles de la observación clínica, todos se lanzan por el camino del tratamiento que se impone por sus buenos efectos.

Posiblemente, los éxitos en la esquizofrenia no sean comparables a los obtenidos en la neurosífilis; pero es indiscutible que no tienen lugar a duda, pues aun los autores más escépticos y pesimistas los confirman, y las estadísticas cada vez más amplias, palpablemente lo demuestran.

Estos dos procedimientos que a continuación señalaré en forma sucinta, —pues ya se puede escribir volúmenes sobre ellos y sus resultados— son, como ya queda dicho, el tratamiento por insulina y el tratamiento por pentametilente-trazol:

a).—*Tratamiento por insulina.*—El tratamiento por insulina se debe a Manfred Sakel que desde 1930 venía trabajando en la curación de la morfinomanía mediante la administración de dosis elevadas de insulina y quien después de una serie de observaciones y ensayos, en 1934 y 1935, publicó su primer trabajo acerca del *choque insulínico o hipoglucémico en la esquizofrenia*, que había sido puesto en práctica desde 1933 en la Clínica Universitaria de Viena bajo la vigilancia de Poetzl.

El método consiste en producir diariamente, o en todo caso, cada tercer día, menos los domingos, un *choque* hasta llegar al estado comatoso; pero con una serie de fases que Angyal ha señalado y que son:

I.—a). Estado de excitación tipo moria, euforia; b). Desasosiego psicomotor.

II.—Efectos de transición, somnolencia, ligera hipotomía, actitud de dormir.

III.—a). Excitación piramidal incipiente, sacudidas clónicas, anomalías reflejotónicas y de la actitud; movimientos primitivos de la boca, aprensión convulsiva; b). Sopor, movimientos espontáneos como sacudidas fasciculares y coreiformes; distribución cruzada del tono; desaparición de los movimientos primitivos de la boca; c). Calambres de torsión generalizados en una sola dirección; espasmo piramidal; crisis de temblor, desaparición de la aprensión forzada.

IV.—Desaparición de los movimientos espontáneos; calambres de torsión disociados.

V.—Disminución del tono y de los reflejos; desaparición de los reflejos patológicos.

TRATAMIENTO DE LA PARALISIS GENERAL

POR STOVARSOLTERAPIA

STOVARSOL SODICO

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

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

INYECCIONES SUB-CUTANEAS INDOLORAS

POR PIRETOTERAPIA

DMELCOS

VACUNA STOCK

Emulsión estabilizada de bacilos de Ducrey

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

INYECCIONES INTRA-VENOSAS

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

"Usense exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica"

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

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

1 RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8^e

*Hormona testicular pura obtenida sintéticamente
para uso parenteral*

Perandren

Insuficiencia de la glándula sexual masculina
Afecciones prostáticas
Climaterio viril
Convalecencias, etc.

Reg. No. 18448 D. S. P.



Productos "CIBA"

Para muestras y literatura W. Noeh, López 35, México, D. F.

*Tratamiento de
Fondo Antiluetico*



SERIES INFANTIL
A. B. y C.

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.

VI.—Coma profundo con arreflexia; perturbaciones cordiales y de la respiración de tipo bulbar; contracciones generales con predominio de los elementos de extensión. Esta última fase, según Angyal, está fuera de los límites de las posibilidades de acción terapéutica.

La técnica primitiva puede resumirse en lo siguiente:

Estando el enfermo acostado y en ayunas, aplicarle la inyección subcutánea o intramuscular de insulina. Las dosis varían con la *insulino-resistencia* o la *insulino-receptividad* de cada individuo. La de principio será de 20 unidades y se irán aumentando éstas de cinco a diez, hasta alcanzar un máximo de 180 y hasta 220. Por lo común, el primer caso se obtiene entre las 60 y las 120 y para provocar los siguientes, se emplea la misma dosis que para el primero, salvo que ya no se produzca.

La conducta durante el tratamiento debe ser, si no hay complicaciones, dejar en estado de choque hipoglicémico al paciente por 4 ó 5 horas; suspender éste, cuando ya sea tiempo, haciéndole ingerir solución de glucosa mediante sonda nasal o aplicándole inyección hipodérmica o intravenosa de suero glucosado; darle a beber más tarde jugo de naranjas frío y con bastante azúcar; agua fría y leche azucarada. Después, administrarle fricción de alcohol en todo el cuerpo o un baño general y pasados veinte minutos, procurar que coma suficiente, cuidando que en el alimento figuren pan, purés, dulces en miel y arroz.

Como ya se indicó, lo común es que se aplique el tratamiento todos los días de la semana menos los domingos, por un período de uno a tres meses, o lo que es igual: provocar de 30 a 80 choques.

En casos de mejoría o de curación, se aconseja consolidar los resultados continuando el tratamiento insulínico con dosis más débiles.

Los incidentes que se señalan son: el choque seco, que se caracteriza por la ausencia de transpiración; el choque severo, crisis epilépticas, colapso vasomotor, respiración de Cheyne Stokes, hipotermia abajo de 35 grados, pulso arriba de 40; taquicardia de 120 y más, circunstancias éstas que deben obligar a interrumpir el choque.

Se recomienda que a los cardíacos se les administre digital durante el tratamiento.

Los accidentes más graves son los que provocan la muerte del enfermo, y aunque para algunos autores solamente representan el 1.3%, para otros son en mayor proporción.

Se viene señalando por varios autores como Pacheco e Silva que en algunos casos en que esta terapia no provoca reacciones benéficas o cuando los pacientes tienen recaídas, suelen presentarse estados *psicopáticos post-insulínicos* con síntomas clínicos diferentes al del padecimiento primitivo.

En la relación siguiente (I) señalo los resultados de tratamiento recientes obtenidos por varios autores:

NUMERO I

Relación sintética de los resultados recientes por choque hipoglucémico con insulina, según varios autores.

LATINOAMERICANOS

Honorio Delgado, Valega y Gutiérrez Noriega: número de casos, 36; de menos de 6 meses, 24; de más de 6 meses, 12; remisión clínica completa, 23; remisión parcial, 10; sin resultado, 3; muertes, 0.

Bustos, Quesada René y Morales Antonio: número de casos, 23; remisión clínica completa, 8; remisión parcial, 1; sin resultado, 13; muertes, 1.

Pacheco e Silva A. C.: número de casos 104; remisión clínica completa, 33; remisión parcial, 48; sin resultado, 23; muertes, 0.

NORTEAMERICANOS

Young y Rowek: número de casos, 31; de menos de 6 meses, 17; de más de 6 meses, 14; remisión clínica completa, 18; remisión parcial, 4; sin resultado, 7; muertes, 2.

Wortis, Bowman, Quenseiny, Rosenbaun: número de casos, 30; de menos de 6 meses, 15; de más de 6 meses, 15; remisión clínica completa, 11; remisión parcial, 8; sin resultado, 11; muertes, 0.

A. E. Bennett y P. T. Cash: número de casos, 17; de menos de 6 meses, 6; de más de 6 meses, 11; remisión clínica

nica completa, 8; remisión parcial, 7; sin resultado, 2; muertes, 0.

F. Lémere: número de casos, 26; de menos de 6 meses, 9; de más de 6 meses, 17; remisión clínica completa, 12; remisión parcial, 0; sin resultado, 14; muertes, 0.

D. E. Cameron y R. G. Hoskins: número de casos, 17; de menos de 6 meses, 11; de más de 6 meses, 6; remisión clínica completa, 2; remisión parcial, 5; sin resultado, 10; muertes, 0.

Katzenelbogen Harms y Clark: número de casos, 16; de menos de 6 meses, 2; de más de 6 meses, 14; remisión clínica completa, 6; remisión parcial, 4; sin resultado, 6; muertes, 0.

Rymer, Benjamín y Ebaugh: número de casos, 7; de menos de 6 meses, 6; de más de 6 meses, 1; remisión clínica completa, 2; remisión parcial, 3; sin resultado, 2; muertes, 0.

Frank Whitmore: número de casos, 6; de menos de 6 meses, 3; de más de 6 meses, 3; remisión clínica completa, 4; remisión parcial, 0; sin resultado, 2; muertes, 0.

R. Fellows y J. Russell: número de casos, 6; de menos de 6 meses, 1; de más de 6 meses, 5; remisión clínica completa, 2; remisión parcial, 4; sin resultado, 0; muertes, 0.

Hospital de Hartem Velay: número de casos, 38; remisión clínica completa, 19; remisión parcial, 16; sin resultado, 3; muertes, 0.

Hospital de Bellevue: número de casos, 30; de menos de 6 meses, 15; de más de 6 meses, 15; remisión clínica completa, 11; remisión parcial 10; sin resultado, 9; muertes, 0.

INGLESES

L. W. Rusell: número de casos, 8; de menos de 6 meses, 3; de más de 6 meses, 5; remisión clínica completa, 2; remisión parcial, 6; sin resultado, 0; muertes, 0.

E. H. Larkin: número de casos, 5; remisión clínica completa, 1; remisión parcial, 2; sin resultado, 2; muertes, 0.

ALEMANES

E. Küppers: número de casos, 34; de menos de 6 meses, 3; de más de 6 meses, 31; remisión clínica completa, 8; remisión parcial, 15; sin resultado, 11; muertes, 0.

Gies: número de casos, 58; remisión clínica completa, 17; remisión parcial, 12; sin resultado, 27; muertes, 2.

SUIZOS

G. May: número de casos, 60; remisión clínica completa, 29; remisión parcial, 17; sin resultado, 14; muertes, 0.

HOLANDESES

Van Der Scheer: número de casos, 18; remisión clínica completa, 7; remisión parcial, 6; sin resultado, 5; muertes, 0.

POLACOS

M. Marzgnski y Witek: número de casos, 164; de menos de 6 meses, 43; de más de 6 meses, 121; remisión clínica completa, 20; remisión parcial, 11; sin resultado, 133; muertes, 0.

Boroysowics y M. Maruski: número de casos, 17; de menos de 6 meses, 14; de más de 6 meses, 3; remisión clínica completa, 5; remisión parcial, 0; sin resultado, 0; muertes, 0.

Bychowski, Kaczynski: número de casos, 17; de menos de 6 meses, 5; de más de 6 meses, 12; remisión clínica completa, 5; remisión parcial, 8; sin resultado, 4; muertes, 0.

B. Berglas: número de casos, 85; de menos de 6 meses, 34; de más de 6 meses, 51; remisión clínica completa, 32; remisión parcial, 28; sin resultado, 22; muertes, 3.

Varios de los autores citados, señalan que el mayor número de remisiones las han obtenido en enfermos, en quienes el estado esquizofrénico ha sido en tiempo menor de seis meses de haberse iniciado, observación que coincide en la casi totalidad de los que han practicado este método.

No en todos los casos se aclaran las causas de las muertes; en algunos, se atribuye directamente al tratamiento; pero en otros a motivos distintos.

En los diversos estudios acerca de esta terapia y de los resultados obtenidos con ella, se tienen estadísticas bastante desiguales; pero que revelan de modo evidente, que el método por choques hipoglicémicos da gran número de remisio-

INYECTABLE

CORUSOL (PADEO)

U. M. M.

CALCIO - GLUCOSA Y EXTRACTO PARATIRODEO

REG. N° 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

EL MEDICAMENTO DE ELECCION EN LA EPILEPSIA

T A B L E T A S D E

EPILAMINA 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

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

LABORATORIO MEDICO

DEL DR.

ALBERTO LEZAMA

Regina No. 7.

Teléfonos: 2-60-02 y J-33-06.

nes, que superan en mucho a las espontáneas o a las obtenidas por procedimientos anteriores a éste.

No todos los autores coinciden acerca de las formas clínicas esquizofrénicas en las cuales se ven mejores resultados; mientras que para algunos es más eficaz en la catatonía, para otros no; pero sí hay mayor unificación cuando señalan que la variedad más susceptible de reacción favorablemente a la terapia de Sakel es la paranoide.

Lemke piensa que con el encefalograma de los esquizofrénicos, se puede pronosticar con seguridad el resultado de la cura con los choques hipoglicémicos, y si esto llega a comprobarse seguirá siendo un procedimiento valiosísimo en la práctica.

Los resultados en términos generales del procedimiento, son de 57% de remisiones completas y de 18% de remisiones parciales, en los casos que tienen menos de seis meses de duración; —y de 20% de remisiones completas y 45% de remisiones parciales —pero que pueden conceptuarse como remisiones sociales— en los antiguos; y aun se cita que en aquellos en que no se obtiene curación, en lo general, los enfermos revelan alguna mejoría.

Hay estadísticas interesantes sobre resultados globales de la insulino-terapia que se han llevado con la mayor escrupulosidad, como las siguientes:

M. Müller, que ha recopilado datos de varias clínicas, señala entre 64 y 80% de remisiones en los casos agudos —hasta seis meses de duración— y entre 14 y 50% en los antiguos, de más de seis meses de enfermedad.

En el congreso celebrado en Munich en septiembre del año de 1937 por la Sociedad de Neurólogos y Psiquiatras Alemanes, se refirió que de 962 enfermos debidamente estudiados y tratados sólo el 20% no se benefició con el tratamiento y el 63% tuvo magnífica remisión en el grupo de aquellos cuyo padecimiento era menos de un año.

Ederle señala el 68.5% de remisión completa en casos de menos de un año, y 13.5% de remisión parcial o social. En los de seis meses a dos años de enfermedad, obtienen remisión parcial en el 58%; pero en los casos antiguos la remisión se ha observado excepcionalmente.

Este mismo autor ha comparado los resultados después de la cura insulínica con las remisiones espontáneas que ob-

servó en 147 enfermos de la clínica de Tubinga, las que sólo alcanzaron la proporción de 3 a 4%.

Hay que señalar que el tratamiento, como ya quedó expuesto, da cierto porcentaje de muertes, por lo que, puede decirse, que es método delicado que requiere perfecto conocimiento de la técnica en su aplicación, y además, escrupuloso cuidado en cada uno de los pacientes a los que se les instituye.

Nosotros hemos podido observar complicaciones graves y síntomas alarmantes que nos han obligado a interrumpirlo en varios pacientes.

Numerosos estudios se han hecho a propósito de la acción que la insulina provoca, no sólo en el organismo en general, cuando se aplica para obtener choque hipoglicémico, sino en el sistema nervioso, ya mediante interesantes experimentaciones en animales, ya en estudios histopatológicos y químicos en enfermos muertos a consecuencia del tratamiento.

Igualmente se han analizado los síntomas que se producen por el referido choque y las manifestaciones psiquiátricas a que da lugar (Angyal, E. J. Kepler, F. P. Moersch).

La histopatología del cerebro en el hiperinsulismo experimental, ha sido cuidadosamente estudiado en conejos por A. Weil, E. Liebert y G. Heilbrunn, quienes han determinado las alteraciones que se presentan en las neuronas cerebrales.

Entre los estudios más interesantes de Angyal, sin duda alguna, están los que se refieren a diversos tipos de choque insulínico y su significado neuropsicopatológico. Este autor considera que son fundamentalmente dos: el *frontopolar* y el *parietal* y en ambos señala una serie de manifestaciones sucesivas que se van presentando.

Las explicaciones que se han dado acerca del mecanismo por el cual la insulina obra produciendo remisiones completas o parciales, también son múltiples, por lo que sólo citaremos aquellas que han tenido más feliz aceptación:

Sakel, por ejemplo, dice que las células nerviosas sólo entran en acción bajo la influencia de sustancias humorales excitantes. Cuando aquéllas son atacadas por causas morbosas, las impresiones más recientes y por lo tanto las más frágiles, se suspenden y entonces las impresiones arcaicas que normalmente se encuentran reprimidas, surgen hacia el pla-

no de la vida activa, o por el contrario, se forman nuevas impresiones patológicas.

En esta condición, la personalidad normal sucumbe con el fracaso de las estructuras recientes del *pallium*, y así se crea la *personalidad morbosa*.

De acuerdo con este criterio, concibe tres posibilidades de acción de la insulina:

1a.—Realizando el *bloqueo vagotónico de la célula nerviosa*, lo cual significa que queda en reposo y esto le permite regenerarse y restablecer la jerarquía de sus impresiones; de tal modo, que las más recientes son las normales y éstas recobran su categoría dominante; en cambio, las arcaicas se borran y las patológicas desaparecen.

2a.—Obrando por *acción de choque sobre la célula nerviosa*, y así se destruirían los senderos patológicos por ser poco estables, para que entrasen de nuevo a predominar los fisiológicos, que se polarizarían más fácilmente en el sentido normal.

3a.—Ejerciendo una *función desintoxicante* sobre el organismo, lo que necesariamente mejoraría las funciones metabólicas y de modo especial, la glicopéxica del hígado.

Estas concepciones de Sakel han sido atacadas, principalmente la primera, contra la cual se arguye que la acción vagotónica del bloqueo nervioso no se ha demostrado, y además, porque de ser cierto esto, no sería necesario alcanzar la fase comatoconvulsiva, ya que los efectos eutróficos de la insulina se realizan a dosis no convulsivas.

La segunda hipótesis es más aceptada por algunos autores, pues es un hecho de observación que las remisiones se manifiestan después de producirse el choque comatoconvulsivo; y la tercera acción, que se cree pueda ejercer la insulina como sustancia desintoxicante, es considerada como de valor muy secundario y su explicación poco satisfactoria.

Müller piensa en los *fenómenos de reactivación endócrina* que promueve el estado de hipoglicemia y Quaranta en su acción sobre el complejo hepato-cerebral.

Anderson considera que el mecanismo es debido a la *sideración de los centros nerviosos* porque se detiene temporalmente el metabolismo.

Zara encuentra que durante el período hipoglicémico se atenúan las *combustiones orgánicas* y que se modifica el equi-

librio ácido-básico hacia la alcalosis, lo cual ejerce acción *inhibidora* sobre la actividad funcional del sistema nervioso. Como hay detención de las funciones psíquicas durante el estado comatoso, se opera cierta *reactivación* de los centros nerviosos al estímulo patológico o fisiológico. También refiere que la insulina, por acción contraria a la adrenalina, *inhibe la actividad del orto-simpático*, determinando el *aumento de tono del parasimpático*, por lo que habría algún factor, hasta ahora desconocido, en la cura de la esquizofrenia (?).

Guiraud y Nodet consideran que el choque insulínico por el peligro de muerte en que se coloca el organismo, éste provocaría *reacciones vitales* favorables al suprimirse la causa del peligro.

Claude estima que la insulina obra por *modificaciones vasculares o secretorias y por cambio del medio humoral*. Tiene un carácter *revolucionario* por las acciones que ejerce pasajeramente sobre las diversas partes del sistema nervioso, pero que éstas son dinámicas y no lesionales. Se produciría un "*deblitage*" de los complejos psíquicos a favor del estado semionírico.

Por las concepciones anteriores, se puede concluir que en definitiva, no se ha llegado a una explicación suficientemente demostrada sobre los efectos del choque insulínico.

Algunos psiquiatras mexicanos han practicado con resultados satisfactorios este procedimiento, como Salazar Viniegra, quien presentó importante memoria a la Academia Nacional de Medicina.

Hay que lamentar que el método haya sido empleado en forma extensa por personas poco escrupulosas, quienes lo han preconizado para el tratamiento de gran número de enfermedades mentales y que, como es de suponer, sin los cuidados y experiencias que esto requiere, han tenido numerosos fracasos y accidentes.

El tratamiento insulínico ha estado practicándose con entusiasmo, pues se conceptuaba como el mejor hasta hace poco, en que el método de convulsionoterapia por cardiazol, en parte lo ha venido desplazando, pero sin embargo hay autores como Pacheco e Silva que lo considera como el más eficaz, si se hace la conveniente selección de los enfermos que ha de tratarse y se aplica con las debidas precauciones, pues en-

tonces no ofrece riesgos como él pudo comprobarlo en 104 pacientes.

b).—**TRATAMIENTO POR PENTAMETILENTETRAZOL. (CARDIAZOL).**—El tratamiento por choques convulsivos con Cardiazol, que fué introducido para la cura de la esquizofrenia por Von Meduna, de Budapest, como es sabido tuvo por origen el discutido hecho de que la esquizofrenia y la epilepsia son antagónicas, ya que en la práctica casi no se observa su coexistencia, aunque ésta no es imposible, como lo relata Falsey en recientes observaciones; pero G. Steiner y A. Strauss, en 6,000 esquizofrénicos, encontraron que sólo 20 sufrían ataques epilépticos y además, porque algunos autores, como Nyiro, Jablonsky, G. Müller y A. Strauss, observaron mejorías en esquizofrénicos que tuvieron ataques epilépticos en el curso de su mal.

Los primeros ensayos de Meduna fueron utilizando inyecciones de aceite alcanforado al 25%; pero como esta sustancia no daba los efectos deseados en todos los casos, la substituyó por el pentametilentetrazol.

Este se emplea en solución acuosa esterilizada al 20% en inyección intravenosa aplicándose rápidamente y estando el enfermo en ayunas. Las dosis usadas han sido desde 0.30 a 1.20 grs.; pero en ocasiones, la dosis óptima ha llegado a 1.50 grs.

Muy pocos autores como Mario Emilio Torsegno insisten en administrarlo intramuscularmente a grandes dosis, pues piensan que por vía intravenosa provoca serias alteraciones humorales y de los centros nerviosos; pero casi todos siguen esta vía, ya que tales perturbaciones no han sido comprobadas y además, porque se produce más fácilmente el choque convulsivo.

Los casos *cardiazolorresistentes* pueden considerarse como de pronóstico desfavorable.

La frecuencia de las inyecciones debe ser de una, dos o tres por semana, según los casos —generalmente dos—; pero la acción útil es cuando se provoca crisis convulsiva de tipo epiléptico. Por término medio se ponen 20 a 30 inyecciones, aunque hay pacientes que han recibido 50 y aun más.

El procedimiento, muy aparatoso, es bastante bien soportado por la mayoría de los enfermos; tiene menos peligro que la insulino-terapia, es de técnica más sencilla y además, no re-

quiere la vigilancia y los cuidados que en el caso de choques hipoglicémicos.

De las primeras observaciones de Meduna se señaló que el 96% de los pacientes mejoraban ostensiblemente, y este hecho tan significativo hizo que el tratamiento se extendiera mundialmente, al grado de que en la actualidad es uno de los que más se practican en las clínicas psiquiátricas y el que ha sido de mayor aceptación por los alienistas contemporáneos.

Se han hecho, como en el caso de la insulina, numerosos estudios e investigaciones acerca de los efectos de la droga; se han recogido minuciosamente los síntomas que produce; se ha tratado de explicar la acción que ejerce sobre el sistema nervioso; se han señalado técnicas diversas que día a día se modifican y también se ha extendido su empleo a otros padecimientos mentales (Bennett, Schachter, Montassut, y Lemaire, Stuchlick, Wahlman, Schomehl, Fugs, Bufe, Wuth, Vera, etc.)

Como todas estas cuestiones son bien conocidas, pues hay gran cantidad de trabajos recientes sobre ellas, ya que la mayor parte de los psiquiatras han acogido con entusiasmo la terapia por los choques convulsivos y nosotros mismos nos hemos ocupado de esto en un extenso artículo, sólo voy a señalar algunos de los aspectos más interesantes.

En algunos casos, desde los primeros choques, se observan mejorías, en tanto que en otros se logran hasta después de 18 a 20, y es regla general que si al alcanzar esta última cifra no se obtiene resultado favorable, es prudente suspender el tratamiento.

Los peligros son escasos, pues por ejemplo, Meduna, refiere que en sus numerosas observaciones no se ha encontrado alteración alguna por parte del corazón, empleando la radiología y la electrocardiología en los casos en que ha llegado a dosis elevadas y frecuentes del medicamento y la mayor parte de los autores lo consideran inofensivo, pues sólo tiene como contraindicaciones las enfermedades cardíacas orgánicas y las febrilse agudas. Nosotros no hemos tenido un solo caso en que haya habido complicaciones o accidentes de importancia.

Este medicamento fué descubierto por el doctor Schmidt de Heidelberg; es un polvo blanco cristalino, de sabor ligeramente amargo, que funde entre 58 y 59°. En cantidades pe-

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.

UN COMPUESTO QUIMICO
ABSOLUTAMENTE NUEVO-



Reg. No 18895
D.S.P.
PROP. No
12142

FENIZIZINA

FENILQUINOLIN CARBONATO DE PIPERACINA
ANTIURICEMICO-ANTIREUMATICO-ANTINEURALGICO

2 tubos conteniendo
10 comprimidos c/u.
Caja conteniendo
8 amps de 5 c.c. para
inyecciones intramusculares
y endovenosas.

Usese exclusivamente por prescripción
y bajo la vigilancia medica.

A. CONSORZIO
NEOTERAPICO NAZIONALE (ROMA)
DISTRIBUIDOR GENERAL:
VICTOR MESTER
Av. MADERO 40. APDO. 1250 - MEXICO, D.F.



BI-YO-GLICOL

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

ADULTOS
REG. No 14926 D.S.P.

INDOLORO.



SIFILIS
EN TODOS SUS PERIODOS
BISMUTO en FORMA
ANIONICA
ELECTRONEGATIVA

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

Sanyln

queñas está casi desprovisto de olor y en grandes éste es comparado al de la madera de guindo. Es muy soluble en el agua, en los líquidos orgánicos y en los lipoides. Sus soluciones tienen reacción neutra.

Por su acción farmacodinámica y fisiológica, se usa como excitador de la actividad nerviosa, como tónico circulatorio y cardíaco; pero además, ejerce influencia sobre los centros vasomotores, de donde su empleo sea corriente en la práctica médica pero en dosis muy inferiores y por otras vías a las que se requieren para provocar los choques convulsivos. En efecto, para que éstos se produzcan, es necesario desde luego, aplicar la droga intravenosamente y en cantidades que varían desde 3 hasta 15 c. c.

En los estudios de Meduna queda establecido que debe inyectarse rápidamente el medicamento, pues ésta es la mejor forma para que produzca su efecto; pero no obstante estos preceptos, hemos encontrado en ocasiones la misma acción, introduciendo la sustancia a velocidad moderada.

El choque viene segundos después de terminarse la inyección, a veces durante el curso de su aplicación y hay casos en que el período de latencia es bastante largo, lo cual depende de la susceptibilidad individual.

El choque consiste en un ataque epiléptico con todos los síntomas característicos de éste y en el mismo orden cronológico: aura en ocasiones, pérdida de la conciencia, convulsiones tónicas —a veces precedidas de movimientos desordenados y mioclonias— convulsiones clónicas, sueño profundo y además, otros pequeños síntomas de cada período, como mordedura de la lengua, emisión de orina, eyaculación sin erección, estados crepusculares post-paroxísticos, etc.

Se piensa que su acción se ejerce sobre la circulación cerebral y sobre los centros autónomos encefálicos como sucede en los fenómenos que para muchos explican la patogenia de las crisis convulsivas epilépticas.

Obra sobre los centros subcorticales, pues Schoen encontró, que por efecto de la extirpación de la corteza cerebral hecha en conejos, no se modificaba el carácter de las convulsiones, por lo cual concluyó que lo principal es la excitación que despierta en estos centros.

Nosotros pensábamos que actuaría fundamentalmente sobre la circulación cerebral, principalmente cortical, produ-

ciendo vasoconstricción, lo cual se traduciría en anemia cerebral, y ésta podría explicarnos, no sólo las crisis convulsivas, sino otros síntomas que se observan, tales como ausencia, automatismos, convulsiones localizadas, etc., exactamente iguales a los que se advierten en la epilepsia.

Pero debemos aceptar que su acción es más amplia y en la que entran excitaciones extrapiramidales, como ha quedado demostrado por C. Gutiérrez-Noriega, de Lima, en su interesante trabajo: "Acerca del Origen y Mecanismo de las Convulsiones Producidas por el Cardiazol en los Gatos Descerebrados", en la cual se explican los complicados y pacientes experimentos que ha realizado, primero en gatos y perros íntegros, observando que en aquéllos predomina el tono flexor y en éstos el extensor. En ambos los movimientos de natación son frecuentes, pero no constantes. Después verificó experiencias en animales sin cerebro.

Su trabajo comprende el estudio hecho en 50 gatos con ablación completa de los hemisferios y de los núcleos basilares. De sus experimentos en los animales formó los siguientes grupos: *espinales*, con sección transversa cerebral superior; *bulbares*, con sección en la parte inferior del puente; *protuberanciales*, con sección de los pedúnculos cerebrales y a nivel del plano que los separa del puente, y *mesencefálicas*, con pedúnculos cerebrales casi intactos y ablación de ambos hemisferios y núcleos basilares.

Las conclusiones a que ha llegado son las siguientes:

"1.—Los *gatos espinales* no experimentan ninguna reacción, en el tronco y extremidades, a las dosis convulsivantes usuales. En estos casos la crisis epiléptica sólo se verifica en la cabeza aislada. Dosis muy elevadas que determinan efectos paralizantes en el cerebro y en el tronco encefálico, producen convulsiones tónicas moderadas de origen medular, y nunca convulsiones clónicas verdaderas ni movimiento de pataelo. Además, el cardiazol a dosis moderadas y fuertes produce intensificación de todas las funciones reflejas de la médula y en especial una intensa estimulación del centro de la erección y del centro de la eyaculación".

"2.—En los *gatos mielencefálicos*, con cerebro intacto, el cardiazol produce intensificación de la rigidez de descerebración y de los reflejos tónicos del cuello, a pequeñas dosis; a dosis más elevadas se manifiestan convulsiones tónicas y

faltan las clónicas y los movimientos de pataleo y natación, y son muy raras las mioclonias”.

“3.—En los *gatos metencefálicos*, con cerebro intacto, las dosis pequeñas de cardiazol intensifican rigidez de des-cerebración y los reflejos tónicos del cuello; las dosis mayores producen convulsiones tónicas y clónicas y sólo en muy raros casos llegan a presentarse movimientos de natación. Las mioclonias son frecuentes”.

“4.—En los *gatos mesencefálicos* el cardiazol intensifica, a dosis moderadas, los reflejos de rectificación y los movimientos de natación y de ambulación; a dosis mayores produce convulsiones tónicas y clónicas seguidas de movimientos de natación. Durante la crisis convulsiva hay midriasis, horripilación y micción”.

“5.—Las dosis de cardiazol necesarias para determinar efectos convulsivos son menores en los *gatos mesencefálicos* que en los *bulbares* y *protuberanciales*, siendo, además, más intensas las convulsiones tónicas de los primeros”.

“6.—En los *animales mesencefálicos* se observa, después de las convulsiones, un breve período durante el cual desaparecen los reflejos de rectificación”.

“7.—En los *animales bulbares y protuberanciales*, se observa, con dosis no convulsivantes, intensificación de diversos reflejos espinales (flexor directo, extensor cruzado, extensor directo, tendinosos, testiculares, etc.). Dosis mayores producen efectos complejos”.

“8.—La *epilepsia* producida por el cardiazol no depende de la excitación de un solo centro, sino de la suma de diferentes reacciones parciales, que experimentalmente, por el método de las secciones del tronco encefálico del gato descerebrado, hemos conseguido disociar. Por lo menos cabe distinguir un factor tónico bulbar, un factor clónico protuberancial, y otro más complejo que se traduce por movimientos de natación, de origen peduncular”.

“9.—Es posible que los movimientos de natación se originen por la excitación del núcleo rojo, o bien de otro núcleo situado en la parte inferior del mesencéfalo, a nivel de los tubérculos cuadrigéminos inferiores, el que sería, con la formación reticulada gris del puente y del núcleo de Deiters, uno de los centros más energicamente estimulados por el cardiazol”.

"10.—El impulso que produce la epilepsia se trasmite desde los centros respectivos hasta la neurona motora espinal, siguiendo las vías extrapiramidales, de lo cual resulta que aquélla es un proceso extrapiramidal".

Nosotros venimos usando el tratamiento del cardiazol desde hace tiempo y creemos que es —sin duda alguna—, procedimiento bastante eficaz y en ocasiones de resultados brillantes. Nuestras primeras observaciones que fueron hechas en 14 enfermos y que ya han sido dadas a conocer minuciosamente en otro trabajo, se resumen en la siguiente relación (II):

NUMERO II

Relación de nuestras primeras observaciones en 14 enfermos esquizofrénicos.

1.—A. V. M.: tiempo de la enfermedad, 5 meses; forma clínica, catatónica; número de inyecciones, 20; choques completos, 18; choques incompletos, 2; accidentes, 0; resultado, remisión completa.

2.—J. I., tiempo de la enfermedad, 8 meses; forma clínica, paranoide; número de inyecciones, 20; choques completos, 12; choques incompletos, 8; accidentes, 0; resultado, remisión parcial.

3.—L. L. O.: tiempo de la enfermedad, 12 años; forma clínica, hebefrénica; número de inyecciones, 20; choques completos, 15; choques incompletos, 5; accidentes, 0; resultado, remisión parcial.

4.—D. M. G.: tiempo de la enfermedad, 3 años; forma clínica, heboidofrénica; número de inyecciones, 10; choques completos, 8; choques incompletos, 2; accidentes, 0; resultado, remisión completa.

5.—D. F. A.: tiempo de la enfermedad, 3 años; forma clínica, catatónica; número de inyecciones, 20; choques completos, 18; choques incompletos, 2; accidentes, 0; resultado, remisión parcial.

6.—A. B. E.: tiempo de la enfermedad, 7 meses; forma clínica, hebefrénica; número de inyecciones, 12; choques completos, 12; choques incompletos, 0; accidentes, 0; resultado, remisión completa.

7.—M. C. C.: tiempo de la enfermedad, 5 años; forma clínica, hebefrénica; número de inyecciones, 14; choques completos, 6; choques incompletos, 2; accidentes, 0; resultado, nulo.

8.—E. G. S.: tiempo de la enfermedad, 8 meses; forma clínica, paranoide; número de inyecciones, 6; choques completos, 4; choques incompletos, 2; accidentes, 0; resultado, remisión parcial.

9.—I. D. de M.: tiempo de la enfermedad, 27 años; forma clínica, hebefrénica; número de inyecciones, 14; choques completos, 12; choques incompletos, 2; accidentes, 0; resultado, nulo.

10.—M. J. M. F.: tiempo de la enfermedad, 2 años; forma clínica, hebefrénica; número de inyecciones, 12; choques completos, 10; choques incompletos, 2; accidentes, 0; resultado, remisión parcial.

11.—F. R. F.: tiempo de la enfermedad, 8 meses; forma clínica, hebefrénica; número de inyecciones, 2; choques completos, 2; choques incompletos, 0; accidentes: luxa, max.; resultado, remisión parcial.

12.—O. E. B.: tiempo de la enfermedad, 5 años; forma clínica, hebefrénica; número de inyecciones, 6; choques completos, 5; choques incompletos, 1; accidentes, 0; resultado, remisión parcial.

13.—I. M. M.: tiempo de la enfermedad, 3 meses; forma clínica, paranoide; número de inyecciones, 12; choques completos, 9; choques incompletos, 3; accidentes, 0; resultado, remisión parcial.

14.—Z. de B. M.: tiempo de la enfermedad, 9 meses; forma clínica, hebefrénica; número de inyecciones, 8; choques completos, 7; choques incompletos, 1; accidentes, 0; resultado, remisión completa.

De estas catorce primeras observaciones, encontramos que *siete* casos corresponden a hombres y *siete* a mujeres.

Se aplicaron en total 176 inyecciones con 138 choques convulsivos y 38 ausencias.

Las formas clínicas fueron:

Forma heboidofrénica	1 caso
Forma hebefrénica	8 casos
Forma catatónica	2 "
Forma Paranoide	3 "

Con respecto a la duración encontramos lo siguiente:

Casos de menos de un año (de 3 a 9 meses)	7
Casos de 2 a 5 años	4
Casos de más de 5 años	3

Los resultados obtenidos correspondieron a:

Remisión completa	4 casos
Remisión parcial	8 "
Resultados nulos	2 "

Los de remisión completa que pueden conceptuarse como de curación, fueron tres de evolución reciente —3, 5 y 9 meses, respectivamente— y uno solo de evolución larga —3 años—.

Los ocho enfermos de remisión parcial han sido de distinto tiempo de duración de su enfermedad, desde pocos meses, hasta uno de 12 años, y, por último, en los dos pacientes en los que no se han observado resultados favorables, tienen de enfermos, uno, dos años y medio, y otro, cinco años.

Las observaciones anteriores fueron recogidas hasta el mes de marzo de 1938 y a la fecha de cerrar este trabajo, (diciembre 25 del mismo año) los casos de remisión completa han persistido en el mismo estado.

Las condiciones y técnicas del método que empleamos son las siguientes:

Estudio previo del enfermo que va a ser sometido al tratamiento, especialmente del corazón, tensión arterial, estado del riñón e hígado.

Estando en ayunas, se le hace orinar y después se le coloca en el suelo o en cama baja, desnudo o con un camisón y cuidado por dos ayudantes que le vigilen la cabeza y los miembros inferiores.

Se le aplica protector de goma o corcho entre los dientes, para evitarle mordeduras en la lengua o en los labios, y se inyecta la droga en una vena del pliegue del codo con la mayor rapidez posible. Con un cronómetro se marca el tiempo que dura la puesta y la crisis convulsiva.

Se tienen a mano ampolletas de adrenalina, lobelina, caféina, aceite alcanforado y luminal, mas podemos decir que casi nunca las hemos necesitado.

Sifilis

SULFARSENOL

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

Menor
Toxicidad.

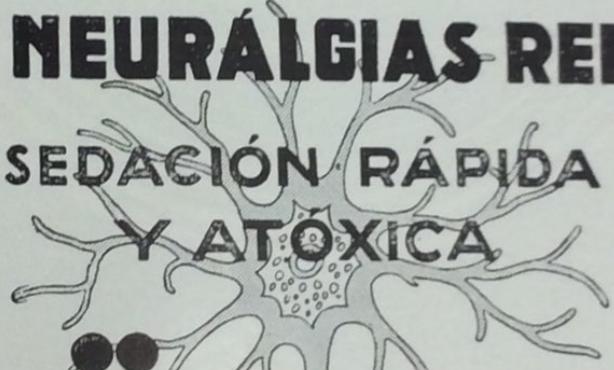
Eliminación
ideal.

Tratamiento
arsenoi de intenso,
con dosificaciones para
Mujeres y Niños. —

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

TODAS NEURÁLGIAS REBELDES

SEDACIÓN RÁPIDA
Y ATÓXICA



NAIÁLGINE

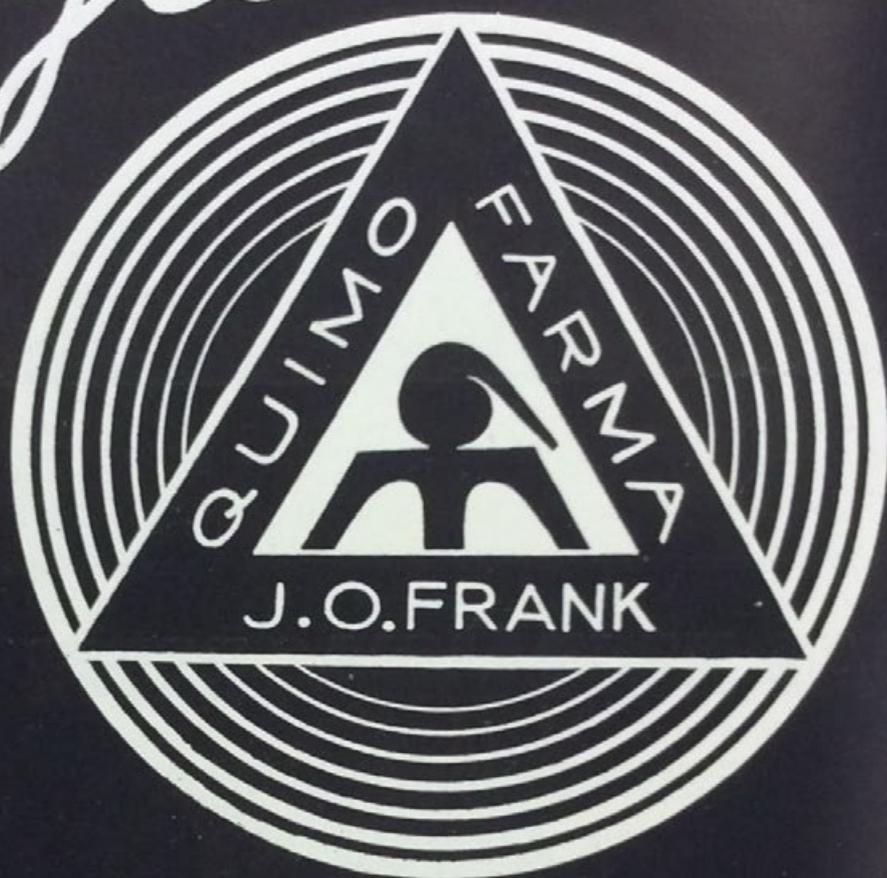
NAL ESTABILIZADO HIPERACTIVO

inyeccione / indolora / — 20cc por día
en ampolla / de
5cc . 10cc . 20cc

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

"AUTORIZACIÓN 3914 D.S.P."

Glucalín



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

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

La mayor parte de los autores extranjeros señala que la dosis inicial ha de ser de 5 c. c.; pero nosotros la reducimos a 3 c. c., cantidad que en muchos casos puede repetirse las siguientes veces hasta que no haga efecto.

Cuando no se produce la crisis convulsiva, en la segunda vez se aumenta 1 c. c. y así sucesivamente hasta obtenerla.

En los casos en que el choque se produce completo, el enfermo suele quedar dormido después, o bien recobrar la conciencia, pasando por una serie de estados crepusculares y con alteraciones psíquicas casi siempre transitorias, entre las que hay perturbaciones de la memoria, que han sido recientemente estudiadas con toda minuciosidad por el psiquiatra peruano Fernando Figari Diez Canseco.

Cuando el choque obra favorablemente, en ocasiones al recobrar la conciencia al enfermo expresa sentirse bien y con la mente muy despejada. En varios de nuestros casos esto ha sido tan notable, que nos ha llamado poderosamente la atención. El hecho ha sido también observado por varios psiquiatras, y Bennett refiere que algunos de sus pacientes al salir del choque han exclamado: "he vuelto a la vida", "me siento rejuvenecido", etc.

En cambio, cuando la crisis es incompleta o no se produce, el paciente queda muy molesto, con torpeza mental y frecuentemente con angustia. Es común que los enfermos se nieguen a seguir aplicándose el método por los desagradables efectos que les ocasiona; pero aquellos que están en mejoría, o ya en perfecta normalidad mental, convencidos de su eficacia, se resignan a aceptarlo por el interés de consolidar su curación.

A continuación refiero en la relación siguiente (III), el resumen, hasta la fecha de hacer este trabajo, de 44 observaciones en enfermos esquizofrénicos tratados por este método:

NUMERO III

Relación sintética de nuestras observaciones hasta el 25 de diciembre de 1938.

1.—A. B. S.: diagnóstico, Hebefrenia; tiempo de evolución, 4 meses; número de inyecciones, 20; ataques convulsivos, 18; accidentes, 0; resultado, remisión completa.

2.—G. M. S.: diagnóstico, Paranoide; tiempo de evolución, 5 años; número de inyecciones, 14; ataques convulsivos, 9; accidentes, 0; resultado, sin mejoría.

3.—G. M. C.: diagnóstico, Paranoide; tiempo de evolución, 8 meses; número de inyecciones, 6; ataques convulsivos, 4; accidentes, 0; resultado, sin mejoría; observación incompleta.

4.—M. I.: diagnóstico, Paranoide; tiempo de evolución, 4 años; número de inyecciones, 13; ataques convulsivos, 11; accidentes, 0; resultado, sin mejoría.

5.—Z. de B.: diagnóstico, Catatónica; tiempo de evolución, 8 meses; número de inyecciones, 20; ataques convulsivos, 18; accidentes, 0; resultado, remisión completa.

6.—V. A.: diagnóstico, Catatónica; tiempo de evolución, 3 meses; número de inyecciones, 30; ataques convulsivos, 23; accidentes, 0; resultado, remisión completa; recaída posterior.

7.—M. F. I.: diagnóstico, Hebefrénico; tiempo de evolución, 3 años; número de inyecciones, 40; ataques convulsivos, 28; accidentes, 0; resultado, remisión parcial periódica.

8.—D. M. G.: diagnóstico, Heboidofrenia; tiempo de evolución, 2 años; número de inyecciones, 20; ataques convulsivos, 18; accidentes, 0; resultado, remisión completa.

9.—L. O. L.: diagnóstico, Hebefrenia; tiempo de evolución, 8 años; número de inyecciones, 20; ataques convulsivos, 16; accidentes, 0; resultado, remisión completa al principio; recaída parcial.

10.—I. J.: diagnóstico, Hebefrenia; tiempo de evolución, 2 años; número de inyecciones, 20; ataques convulsivos, 14; accidentes, 0; resultado, remisión parcial.

11.—F. de la A.: diagnóstico, Hebefrenia; tiempo de evolución, 3 años; número de inyecciones, 20; ataques convulsivos, 19; accidentes, 0; resultado, remisión completa.

12.—C. A. F.: diagnóstico, P. M. D., con fondo esquizofrénico; tiempo de evolución, segunda recaída, tres meses; número de inyecciones, 7; ataques convulsivos, 0; accidentes, 0; resultado, sin mejoría.

13.—E. O.: diagnóstico, Hebefrenia; tiempo de evolución, 3 años; número de inyecciones, 6; ataques convulsivos, 5; accidentes, 0; resultado, sin mejoría.

14.—R. I. F.: diagnóstico, Hebefrenia; tiempo de evolución, 1 año; número de inyecciones, 4; ataques convulsivos, 2; accidentes, luxa, max. inf.; resultado, ninguna mejoría; observación incompleta.

15.—M. M. O.: diagnóstico, Hebefrenia; tiempo de evolución, 5 meses; número de inyecciones, 15; ataques convulsivos, 8; accidentes, 0; resultado, remisión completa.

16.—A. H.: diagnóstico, Hebefrenia; tiempo de evolución, 7 meses; número de inyecciones, 6; ataques convulsivos, 4; accidentes, 0; resultado, sin modificación; observación incompleta.

17.—M. M. C.: diagnóstico, Paranoide; tiempo de evolución, 8 años; número de inyecciones, 10; ataques convulsivos, 8; accidentes, 0; resultado, sin modificación.

18.—P. G.: diagnóstico, Paranoide; tiempo de evolución, 2 años; número de inyecciones, 15; ataques convulsivos, 8; accidentes, 0; resultado, sin modificación.

19.—H. A.: diagnóstico, Paranoide; tiempo de evolución, 18 meses; número de inyecciones, 40; ataques convulsivos, 38; accidentes, 0; resultado, remisión parcial; recaídas periódicas.

20.—M. O.: diagnóstico, Confusión esquizofreniforme; tiempo de evolución, 5 meses; número de inyecciones, 16; ataques convulsivos, 11; accidentes, 0; resultado, remisión completa.

21.—D. G.: diagnóstico, Hebefrenia; tiempo de evolución, segunda recaída, 5 meses; número de inyecciones, 13; ataques convulsivos, 7; accidentes, 0; resultado, remisión completa.

22.—S. A.: diagnóstico, Hebefrenia; tiempo de evolución, 8 meses; número de inyecciones, 10; ataques convulsivos, 4; accidentes, 0; resultado, remisión parcial; observación incompleta.

23.—O. G., diagnóstico, Hebefrenia, tiempo de evolución, 3 años; número de inyecciones, 18; ataques convulsivos, 17; accidentes, 0; resultado, remisión parcial.

24.—P. M.: diagnóstico, Hebefrenia; tiempo de evolución, 5 años; número de inyecciones, 22; ataques convulsivos, 11; accidentes, 0; resultado, sin mejoría.

25.—B. R. I.: diagnóstico, Paranoide; tiempo de evo-

lución, 7 años; número de inyecciones, 20; ataques convulsivos, 16; accidente, 0; resultado, sin mejoría.

26.—G. G. S.: diagnóstico, Paranoide; tiempo de evolución, segunda recaída, 6 meses; número de inyecciones, 30; ataques convulsivos, 28; accidentes, 0; resultado, remisión parcial; recaídas periódicas.

27.—I. H. P.: diagnóstico, Hebefrenia; tiempo de evolución, 6 meses; número de inyecciones, 30; ataques convulsivos, 29; accidentes, 0; resultado, remisión completa.

28.—H. A. R.: diagnóstico, Hebefrenia.—; tiempo de evolución, 2 años; número de inyecciones, 21; ataques convulsivos, 12; accidentes, 0; resultado, sin modificación.

29.—M. S.: diagnóstico, Paranoide; tiempo de evolución, 6 meses; número de inyecciones, 20; ataques convulsivos, 18; accidentes, luxa. max. inf.; resultado, remisión completa.

30.—F. N.: diagnóstico, Catatónica; tiempo de evolución, 6 meses; número de inyecciones, 18; ataques convulsivos, 16; accidentes, 0; resultado, remisión completa; recaída.

31.—P. I.: diagnóstico, Paranoide; tiempo de evolución, 8 meses; número de inyecciones, 11; ataques convulsivos, 10; accidentes, 0; resultado, remisión completa; suspensión tratamiento porque padecía hernia antigua.

32.—M. G.: diagnóstico, Hebefrenia; tiempo de evolución, 8 meses; número de inyecciones, 6; ataques convulsivos, 6; accidentes, 0; resultado, sin mejoría; observación incompleta.

33.—G. O. I.: diagnóstico, Hebefrenia; tiempo de evolución, 8 meses; número de inyecciones, 20; ataques convulsivos, 18; accidentes, 0; resultado, remisión completa.

34.—G. P. A.: diagnóstico, Paranoide; tiempo de evolución, 4 años; número de inyecciones, 20; ataques convulsivos, 16; accidentes, 0; resultado, sin modificación.

35.—M. B.: diagnóstico, Paranoide; tiempo de evolución, 1 año; número de inyecciones, 20; ataques convulsivos, 18; accidentes, luxa. max. inf.; resultado, remisión completa.

36.—W. W.: diagnóstico, Paranoide; tiempo de evolución, 6 meses; número de inyecciones, 13; ataques convulsivos, 11; accidentes, 0; resultado, remisión completa; continúa tratamiento.

37.—P. C.: diagnóstico, Paranoide; tiempo de evolución, 1 año; número de inyecciones, 12; ataques convulsivos, 10; accidentes, 0; resultado, remisión completa.

38.—V. L.: diagnóstico, Paranoide; tiempo de evolución, 9 años; número de inyecciones, 5; ataques convulsivos, 5; accidentes, 0; resultado, sin modificación; observación incompleta.

39.—Mc. E.: diagnóstico, Paranoide; tiempo de evolución, 5 años; número de inyecciones, 8; ataques convulsivos, 7; accidentes, 0; resultado, en estudio; sigue el tratamiento.

40.—L. P.: diagnóstico, Hebefrenia; tiempo de evolución, 6 meses; número de inyecciones, 7; ataques convulsivos, 6; accidentes, 0; resultado, remisión completa; sigue el tratamiento.

41.—Z. P.: diagnóstico, Paranoide; tiempo de evolución, 7 años; número de inyecciones, 4; ataques convulsivos, 3; accidentes, 0; resultado, en estudio; sigue el tratamiento.

42.—G. V.: diagnóstico, Hebefrenia; tiempo de evolución, 2 años; número de inyecciones, 5; ataques convulsivos, 5; accidentes, 0; resultado, en estudio; sigue el tratamiento.

43.—O. P.: diagnóstico, Paranoide; tiempo de evolución, 4 años; número de inyecciones, 2; ataques convulsivos, 1; accidentes, 0; resultado, en estudio; sigue el tratamiento.

44.—F. I.: diagnóstico, Hebefrenia; tiempo de evolución, 6 meses; número de inyecciones, 1; ataques convulsivos, 0; accidentes, 0; resultado, en estudio; sigue el tratamiento.

En estos 44 casos hemos aplicado un total de 686 inyecciones con 523 choques completos.

Los resultados, de acuerdo con las *formas clínicas* han

Forma simple 1 caso	Remisión completa	1 caso
Forma hebefrénica, 23 casos	Remisiones completas	8 casos
	Remisiones parciales	5 "
	Remisión con recaída	1 caso
	En tratamiento	4 casos
	Sin mejoría	5 "
Forma paranoide, 15 casos	Remisiones completas	5 casos
	Remisiones con recaída	3 "
	En tratamiento	3 "
	Sin mejoría	4 "

Forma catatónica, 5 casos. { Remisiones completas 3 casos
 Remisiones con recaída 2 "

Según el tiempo de duración de la enfermedad:

Hasta 6 meses, 13 casos	{	Remisiones completas	9	casos
		Remisiones parciales	1	caso
		Remisión con recaída	1	"
		En tratamiento	1	"
		Sin mejoría	1	"
De 6 meses a 2 años, 16 casos	{	Remisión completa	6	casos
		Remisión parcial	2	"
		Remisión con recaída	1	caso
		En tratamiento	1	"
		Sin mejoría	6	casos
De más de 2 años, 15 casos	{	Remisión completa	2	casos
		Remisión parcial	2	"
		Remisión con recaída	4	"
		En tratamiento	5	"
		Sin mejoría	2	"

Remisiones:

Podemos decir que el resultado de nuestras observaciones coincide en términos generales con las de otros muchos autores en el sentido de que los resultados más favorables se obtienen en los pacientes cuyo mal no pasa de 6 meses y que éstos van siendo menos frecuentes a medida que el mal va siendo más antiguo.

Botelho Adauto del Brasil, en reciente publicación cita los resultados siguientes:

Remisiones:

Casos de menos de 6 meses	91%
Casos de 6 meses a 1 año	50 "
Casos de 1 a 2 años	42 "
Casos de 2 a 3 años	40 "
Casos de más de 3 años	30 "

Según las formas clínicas, el mismo autor ha obtenido las siguientes remisiones:

Esquizofrenia catatónica.....	42%
" hebefrénica.....	33 "
" paranoide.....	50 "
" simple.....	80 "

Otras observaciones hechas por autores extranjeros se consignan a continuación en la relación IV:

NUMERO IV.

Relación estadística de casos tratados por varios autores hasta diciembre de 1937.

V. Meduna, Budapest: "La terapia convulsiva de la esquizofrenia". (Edit. Carl Marhold, Halle/S., 1937). Número de casos, 110; remisiones completas, 54; por ciento, 49.1; casos nuevos hasta 1½ años, 50; remisiones completas, 42; por ciento, 84.0.

Angyal u. Gyárfás, Budapest: (Arch. f. Psych. 1936, t. 106, No. 1, pág. 1, y Orvosi Hetilap, 1937, No. 4, pág. 79-82). Número de casos, 45; remisiones completas, 17; por ciento, 37.8; casos nuevos hasta 1½ años, 27; remisiones completas, 12; por ciento, 44.4.

Whalman, Hadamar: (Psych.-neur., Wschr., 1936, No. 7., pág. 78). No. de casos, 21; remisiones completas, 8; por ciento, 31.1; casos nuevos hasta 1½ años, 0; remisiones completas, 0; por ciento, 0.

Santagelo y Arnone, Palermo: (Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia, 1937, No. 1-2, pág. 209-44). Número de casos, 120; remisiones completas, 48; por ciento, 40; casos nuevos hasta 1½ años, 53; remisiones completas, 42; por ciento, 79.2.

Scheuhammer y Wissgott, Viena: (Psych. neur. Wschr., 1937, No. 26, pág. 286-8). Número de casos, 30; remisiones completas, 13; por ciento, 43.3; casos nuevos hasta 1½ años, 13; remisiones completas, 9; por ciento, 69.2.

Buchmüller, Budapest: (Orvosok és Gyógyszerésck Lapja, 1937, No. 8, pág. 177-9). Número de casos, 106; remisiones completas, 36; por ciento, 30.1; casos nuevos hasta 1½ años, 58; remisiones completas, 24; por ciento, 41.4.

Lahmann-Facius y Gerhardt, Francfort M.: (med. Klin., 1937, No. 35, pág. 1170-2). Número de casos, 18; remisiones completas, 7; por ciento, 38.9; casos nuevos hasta 1½ años, 12; remisiones completas, 7; por ciento, 58.3.

Hager, Kiel: (Deutsche med. Wochenschrift, 1937, No. 38, pág. 1438 y Psych. neur. Wschr., 1937, No. 39, pág. 439). Número de casos, 0; remisiones completas, 0; por ciento, 0; casos nuevos hasta 1½ años, 21; remisiones completas, 8; por ciento, 38.1.

Sorger y Hofmann, Graz: (Psych. neur. Wschr. 1937, No. 41, pág. 462 y No. 42, pág. 473). Número de casos, 100; remisiones completas, 49; por ciento, 49.0; casos nuevos hasta 1½ años, 51; remisiones completas, 36; por ciento, 70.5.

La terapéutica por choques convulsivos ha venido a abrirnos un amplísimo campo en el tratamiento de la esquizofrenia y se presta a muchos comentarios, especialmente en lo que se refiere a la explicación para determinar cuál es el mecanismo de su efecto en las remisiones totales y parciales, pues todavía es aventurado hablar de curaciones.

Desde luego, hay que pensar en que obra de modo análogo a los métodos que provocan pérdidas de la conciencia y estado de coma como el de la insulina, pero la circunstancia de que ambos den mejores resultados en los primeros meses de la evolución de la esquizofrenia que en fases avanzadas de ésta, hace pensar que en los primeros períodos del mal solamente hay trastornos funcionales y que después se originan alteraciones orgánicas neuronales de carácter irreparable.

Los resultados favorables son mayores en las formas *reactivas* y *sintomáticas* que en las *procesales*.

Aunque muchas de estas cuestiones todavía no se aclaran suficientemente, tienen poca importancia ante el hecho de los beneficios que la terapia *convulsivamente* produce.

c).—**TRATAMIENTOS MIXTOS**.—Los tratamientos por choque hipoglicémico y por choque cardiazólico han despertado gran optimismo y como es indiscutible que ambos son eficaces—especialmente en los primeros tiempos de la evolución del mal—han sido estudiados comparativamente para determinar cuál puede ser mejor y cuál menos peligroso, lo que ha traído, como se comprende, partidarios de uno y otro.

Por la insulino-terapia abogan numerosos autores como Pacheco e Silva que la considera el "medio más eficaz para

combatir la esquizofrenia"; A. Nicotia del Hospital Psiquiátrico de Siracusa la encuentra superior en los resultados comparativos que han hecho de ésta con la convulsionoterapia cardiazólica y P. Quaranta asienta que debe ser el tratamiento de elección, especialmente cuando el mal tiene pocos meses y siempre que se aplique con los debidos cuidados.

Antonio Morales San Martín estudia comparativamente 25 enfermos tratados por insulina y 25 por cardiazol y obtiene de los primeros 64% de curaciones 28% de fracasos y en cambio de los segundos 40% de curaciones y 52% de fracasos con 4% de mortalidad.

Por otro lado, están los defensores del cardiazol con sus elocuentes estadísticas y sus argumentos de que: requiere menos cuidados, puede emplearse en enfermos en quienes la insulina está contraindicada y que además en algunos casos ha dado muy favorables efectos, cuando aquélla en los mismos había fracasado.

Los partidarios de la convulsionoterapia buscan nuevos medicamentos que puedan reemplazar al cardiazol, como el canfosulfonato de sodio, aunque hasta la fecha no han logrado que den tan satisfactorios resultados.

Otros autores han señalado que son igualmente eficaces el cardiazol y la insulina, y aunque su mecanismo de acción es análogo, lo que ha sido rectificado parcialmente por Juan Cuatrecasas y Arturo A. Bruno, quienes llegan a las siguientes conclusiones:

1a.—El choque insulínico y cardiazólico manifiestan resultados opuestos en la regulación de glucósidos.

2a.—La acción de cardiazol sobre la glicemia se desarrolla independientemente de los fenómenos neurohumorales de *shock* y depende de una acción farmacodinámica.

4a.—En ambos *shocks* (insulínico y cardiazólico) hay importantes alteraciones del contenido en cloro del plasma y de los glóbulos, que traducen el trastorno humoral involucrado o determinante de los fenómenos de *shock*. El sentido de dichas modificaciones parece variable, pero coinciden en señalar una elevación del cociente clorado glóbulo plasmático.

De todas estas opiniones y discusiones ha nacido la terapia mixta y así Bersot y otros autores están empleando la cura asociada que comprende insulina-cardiazol, cuya técnica de aplicación es la siguiente:

1.—Inyección de insulina en dosis necesaria para provocar un coma de 1½ hasta 2 horas de duración.

2.—Producir la crisis convulsiva al cabo de este tiempo por inyección intravenosa de cardiazol.

3.—Continuar diariamente el tratamiento insulínico y además dos veces por semana el de cardiazol. Se suprime la insulina al día siguiente de la crisis epiléptica si el enfermo se encuentra debilitado.

4.—Interrumpir la hipoglicemia, por los medios habituales, media hora después de la crisis epiléptica.

Esta cura se viene aconsejando en los casos de cardiazolorresistencia o en aquellos en que la terapia insulínica no ha sido suficiente.

Los resultados de este tratamiento combinado todavía no son bien conocidos como aquellos de los procedimientos simples—por ser aún muy reciente—; sin embargo, debe de conceptuarse el método como un recurso más en la terapéutica de la esquizofrenia.

Los tratamientos modernos han cambiado radicalmente el pronóstico de la esquizofrenia, pues la enfermedad considerada hasta hace poco como esencialmente incurable, es ahora susceptible de atacarse—sobre todo en su principio—con resultados en verdad satisfactorios ya que, como dice Delgado: *“por fortuna, entre las grandes adquisiciones de la psiquiatría contemporánea se cuenta ya con un método eficaz en la curación de la esquizofrenia”*.

Sin embargo, no se puede decir la última palabra sobre los buenos resultados de la insulina y del cardiazol, ya que es necesario proseguir la observación en los enfermos; y en los casos tratados con aparente éxito dejar que el tiempo resuelva si éstos son transitorios o definitivos, pero sí hay que tener presente el hecho de que mientras más tempranamente se instituye el tratamiento, mejores resultados da, por lo que, tanto el *alienista* como el *médico general*, deben preocuparse por hacer el diagnóstico oportuno de este mal, que tan elevado porcentaje de enfermos ocasiona en todos los países.

N. de la R.—La amplia bibliografía de este trabajo no se reproduce aquí por falta de espacio y porque de esta ponencia se hizo una edición especial en Lima, Perú, donde se inserta detalladamente.

NOVAR

CONZOBENZOL

BILLON

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

INYECCIONES
INTRAVENOSAS

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica -

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

- Prop. No. 7305

Société Parisienne d'Expansion Chimique

SPECIA

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

Delving

RECONSTITUYENTE FOSFORADO
UTIL COMO

TONICO NERVIOSO Y GENERAL

AUXILIAR POR SUS PROPIEDADES EN LAS
PERTURBACIONES DE LA NUTRICION

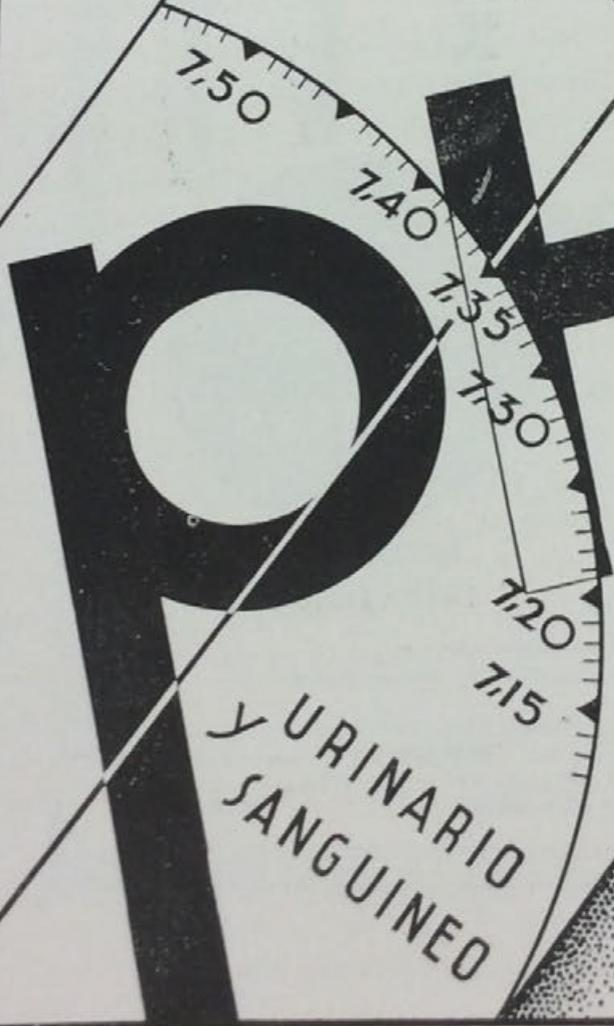


DISPEPSIAS
FOSFATURIA
DERMATOSIS
CIERTAS JAQUECAS
PRETUBERCULOSIS
NEURASTENIA
INAPETENCIA

ciertas formas de
REUMATISMO CRONICO
ciertas
CONVALECENCIAS

PHOSOFORME

MODIFICADOR
del



PROP. No. 12010

GOTAS
REG. No. 9816 D. S. P.

SOLUCION
REG. No. 9887 D. S. P.

Establecimientos LAUZIER, S. de R. L.
Av. Chapultepec 206 Apartado 399
MEXICO, D. F.

Clasificaciones psiquiátricas en Brasil

Por el Dr. HEITOR PERES

Libre docente de psiquiatría en la Facultad Nacional de Medicina. Asistente en la División de Asistencia a Psicópatas. Secretario General de la Sociedad Brasileña de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal.

Ya por dos veces, oficialmente, intentóse en el continente sudamericano, la uniformización en la nomenclatura de las enfermedades mentales. La primera vez, en la Primera Conferencia Latinoamericana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal, realizada en 14-17 de noviembre de 1928, hace precisamente diez años. En la referida Conferencia, la comisión compuesta por Borda, Enrique Roxo, Camilo Payassé y Oscar Fontecilla, así concluía sus trabajos (1): "No es tampoco, a nuestro juicio, de urgente necesidad, que todos los países de la América Latina adopten una clasificación uniforme. Es ya un paso muy adelantado que el acuerdo subsista en cada país, como parece demostrarlo el estudio hecho en tal sentido. Es muy posible que con la práctica que se tenga en cada uno con lo ya producido, dentro de poco tiempo, en una de las futuras conferencias de la misma índole que la actual, las opiniones serán más uniformes y se podrá obtener con más facilidad el resultado deseado".

En las Primeras Jornadas Panamericanas realizadas en Chile (enero, 1937), el tema de las clasificaciones volvió a ser

(1) José T. Borda, Enrique Roxo, Camilo Payassé, Oscar Fontecilla.— Despacho de Comisión - Clasificación de las Enfermedades Mentales - Actas de la I Conferencia Latinoamericana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal: 167-168, 1929.

considerado, habiendo la Comisión aprobado a propuesta de Julio Endara, relator oficial, en el sentido de ser adoptada la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, tan elogiada por Mira (2); los proponentes recomendaban que los países que siguiesen otra clasificación, al proporcionar datos estadísticos, lo hiciesen consignando la respectiva sinonimia.

Transcurrido algún tiempo de las Jornadas, no nos parece que aquel deseo haya sido puesto en práctica; continúase siguiendo el parecer de la reunión de Buenos Aires: autonomía absoluta para cada país, e imposibilidad de uniformización.

Somos de aquellos que no creen en la generalización de los agrupamientos nosográficos, ya de sí tan frágiles y condenados a tantas modificaciones, porque son la expresión de conceptos dominantes en determinadas épocas, y que con la evolución de las doctrinas tienen existencia provisional. Si el acuerdo no existe ni siquiera para los fundamentos de la psiquiatría, ¿cómo de esta discordancia obtener datos uniformizables? Las llamadas *escuelas psiquiátricas* son fuerte argumento contra cualquier tentativa de conciliación y por tanto de generalizaciones artificiales. No quiere esto decir que algún día no se pueda llegar a la nivelación de los conceptos y de las doctrinas; ciertamente tenemos, para lo futuro, como en otras ramas de la medicina, puntos de vista equiparables y, como tales, capaces de ser reunidos y posibles de comparación muy próxima a la uniformidad.

En cuanto a esto, en materia de clasificaciones, ya será mucho que el acuerdo se haga en cada país, o en grupos de países de la misma lengua y de idénticas características étnicas. Intentar lo contrario sería justificar el pensamiento de Bouchez, citado por Juliano Moreira (3): "lorsqu'ils croient avoir fini leurs études, les rethoriciens font une tragédie, et les alienistes une classification".

Así justificase que hagamos un ligero relato de lo que se ha realizado en Brasil, a propósito de clasificaciones psi-

(2) A. Sicco, O. Fontecilla, B. Caravedo, E. Malbrán.—Informe sobre clasificación uniforme de las enfermedades mentales. *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas*: 103-106, abril, 1937.

(3) Juliano Moreira.—Clasificaciones en Medicina Mental. *Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria*: 93-115. 1er. Trimestre, 1919.

quiátricas. Nuestro intento no es emprender un estudio crítico de las mismas, sino hacer mejor conocidas nuestras actividades, bastando con que se sepa cómo clasificamos y designamos las enfermedades mentales.

Antes de 1910 no existía en nuestro país una clasificación oficial, que fuese adoptada obligatoriamente por los establecimientos psiquiátricos. Los especialistas brasileños, de acuerdo con sus tendencias, rotulaban los casos según las diversas normas adoptadas en el extranjero, unos prefiriendo las clasificaciones francesas y otros siguiendo las alemanas.

Teixeira Brandao desde la inauguración de sus clases, en 1890, en la cátedra de Clínica Psiquiátrica y Enfermedades Nerviosas, de la Facultad de Medicina de Río Janeiro, adoptó un criterio personal para rotular los desórdenes mentales, publicando posteriormente (4) su clasificación, para cuya elaboración adoptó el método natural, teniendo a la vista y principalmente: la evolución, las causas y orígenes, las manifestaciones subjetivas y objetivas y las alteraciones estáticas y dinámicas, características y peculiares, según él de los desórdenes mentales. Tal nomenclatura, basada en ese criterio múltiple, presuponiendo, además, para la patología mental, conceptos doctrinarios definitivos, no logró fortuna, aunque su uso fué restringido a la cátedra oficial de la disciplina. Estaba constituida por cuatro grupos principales: psicosis, cerebro-psicosis, cerebropatías y degeneración; correspondiendo, respectivamente, a: perturbaciones dinámicas, alteraciones del metabolismo cerebral, lesiones del tejido nervioso y estados constitucionales.

Debe también ser mencionado el cuadro nosográfico propuesto por Marcio Nery (5), suplente de Clínica Psiquiátrica en Río de Janeiro, en el cual las enfermedades mentales se dividían en dos grandes grupos, según el grado de desarrollo cerebral —completo, e incompleto o anómalo—. Así, en el primer grupo estaban las psiconeurosis y las cerebropatías; en el segundo las detenciones y las anomalías de desarrollo, las formas crónicas o terminales y las demencias consecutivas. La clasificación de Marcio Nery, siguiendo un criterio

(4) Teixeira Brandao.—Nomenclatura y Clasificación de las Perturbaciones Mentales. An. Fac. Med. de Río de Janeiro: 207-226, 1917.

(5) Enrique Roxo.—Manual de Psiquiatría: 76, Río Janeiro, 1925.

único —evolución cerebral—, tuvo una existencia meramente teórica, valiendo más por el renombre del autor.

Las dos tentativas citadas, como ya dijimos, no lograron convencer. Para llenar esta laguna, Austregesilo, en la sesión del 5 de abril de 1908 de la Sociedad Brasileira de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, propuso la organización de una Comisión para presentar un proyecto de clasificación de las enfermedades mentales; esto fué realizado en junio de 1910, siendo relator Juliano Moreira y miembros de la Comisión: Antonio Austregesilo, Enrique Roxo, Afranio Peixoto y Carlos Eiras.

Aprobada por la Sociedad, la clasificación fué enviada al Departamento de Estadística, que la hizo oficial para todo el país. Durante cerca de treinta años han venido los especialistas brasileiros guiándose por la misma, que también es conocida allende las fronteras, y que según Julio Endara "por su estructura merece compararse a la italiana de Tamburini, Bianchi, Morselli y De Sanctis, y a la chilena de la Casa de Orates de Santiago" (6).

Aunque comparable a las arriba citadas, nuestra clasificación revelóse de fácil comprensión, y presidida por un espíritu práctico, le permitió por muchos años una persistencia moderna y actualizada.

Conviene reproducirla aquí:

- 1.—Psicosis infecciosas.
- 2.—Psicosis auto-tóxicas.
- 3.—Psicosis hetero-tóxicas alcoholismo, etc. morfinomanía, etc.
- 4.—Demencia precoz.
- 5.—Demencia paranoide y delirio crónico.
- 6.—Paranoia.
- 7.—Psicosis maníaco-depresiva (psicosis periódica); maníaca predominante, depresiva predominante mixta.
- 8.—Psicosis de involución.
- 9.—Psicosis por lesiones cerebrales y demencias terminales: arterioesclerosis, sífilis, etc.

(6) Julio Endara.—Clasificación de las Enfermedades mentales y posibilidad de uniformarla en Sudamérica. Archivos de Crim., Neuropsiquiatría y Disc. Conexas: 265-275, mayo-junio, 1937.

SIFILIS

HEREDO SIFILIS

TRATAMIENTO DE ASALTO
Y DE CONSOLIDACION

PALUDISMO

ARSAMINOL

Inyecciones intramusculares y subcutáneas indoloras

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

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

DOS FORMAS

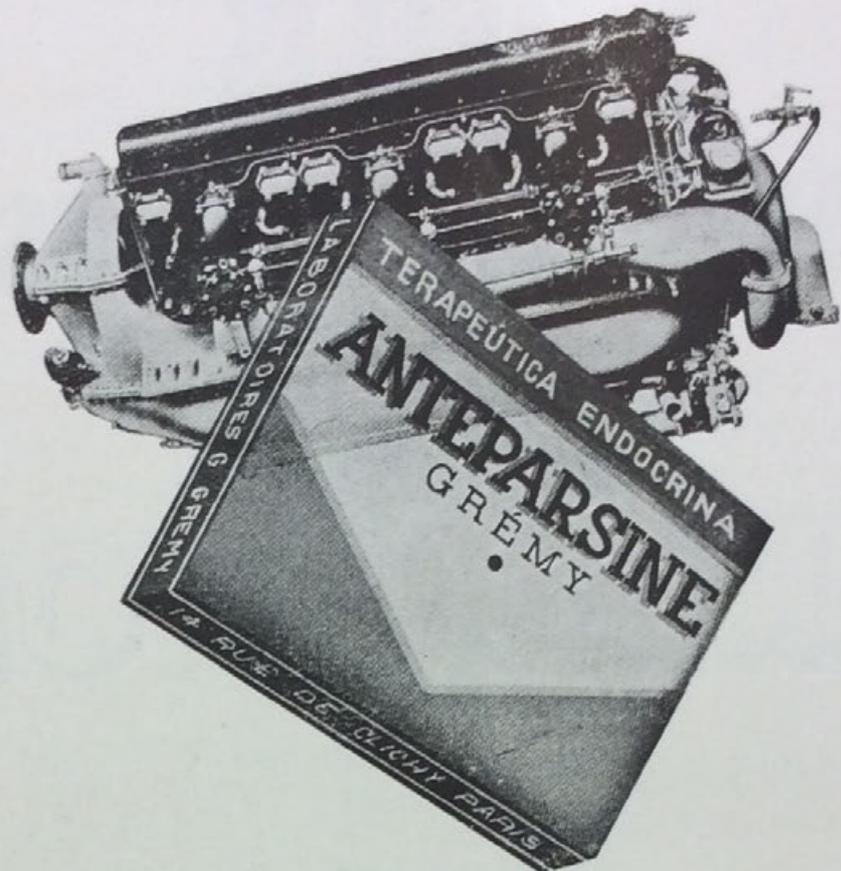
ADULTOS 1 ampolleta 3 c.c. - 0 gr 15 As
 1 " 5 c.c. - 0 " 25 As

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.

EL VERDADERO MOTOR



DEL SISTEMA ENDOCRINO

Extracto antehipofisiario mixto inyectable
(Gonado - estimulinas)

*Titulada a 1 unidad conejo o sean 50 unidades
rata o sean 100 unidades fisiológicas
por ampolleta.*

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica

•
LABORATORIOS GREMY

Rue Clichy - París

Representante:

M a x A b b a t

Lucerna 47.

México, D. F.

- 10.—Parálisis general.
- 11.—Psicosis epiléptica.
- 12.—Psicosis llamadas neurósicas: histeria, psicastenia, neurastenia, corea.
- 13.—Otras psicopatías constitucionales (estados atípicos de degeneración).
- 14.—Imbecilidad e idiocia.

NOTA.—Transcripción fiel de la publicación oficial hecha en los Archivos Brasileños de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal, 1912, pág. 383.

Las nuevas adquisiciones hechas en el dominio de la psiquiatría impusieron algunas correcciones al alineamiento nosográfico hecho en 1910; imponíanse, desde algún tiempo, modificaciones en la distribución y designación de los grupos. En 1934, en el IV Congreso Brasileiro de esas especialidades, Pacheco e Silva (7), confirmando la excelencia de nuestra clasificación oficial, opinó que le fueran hechos pequeños retoques.

En 1937, reformado el Ministerio de Educación y Sanidad, creóse la División de Asistencia a Psicópatas, encargada de supervisar y fiscalizar los servicios psiquiátricos en todo el país.

Esta División, haciendo una amplia encuesta en los diversos establecimientos psiquiátricos, federales y estatales, verificó que los términos clínicos usados ya no se pautaban estrictamente por la clasificación adoptada desde entonces, surgiendo con frecuencia designaciones sugeridas por las doctrinas psiquiátricas hoy en boga. Todo eso vino a demostrar la necesidad de organizar un nuevo alineamiento nosográfico que, a la vez que sustentase lo que hoy se acepta, sirviese para fines estadísticos, registrando fielmente el movimiento de los enfermos.

En este año de 1938, por medio de sus técnicos, la División de Asistencia a Psicópatas puso en práctica tal imperativo, estando ya organizada la estadística de acuerdo con la nueva clasificación, así oficialmente adoptada y que es la siguiente:

(7) A. C. Pacheco e Silva.—Estudio Clínico de las Clasificaciones en Patología Mental. Imprenta Médica: 483-486, 5 sept., 1934.

- I.—Psicosis infecciosas.
- II.—Psicosis auto-tóxicas.
- III.—Psicosis hetero-tóxicas.
- IV.—Esquizofrenias.
- V.—Parafrenias y delirios crónicos alucinatorios.
- VI.—Paranoia.
- VII.—Psicosis maniaco-depresiva.
- VIII.—Psicosis de decadencia (preseniles y seniles).
- IX.—Psicosis por afecciones cerebrales (traumatismos, arterioesclerosis, afecciones orgánicas del sistema nervioso).
- X.—Neurosífilis (sífilis cerebral y psicosis tábicas).
- XI.—Parálisis general.
- XII.—Epilepsias.
- XIII.—Psiconeurosis.
- XIV.—Personalidades psicopáticas.
- XV.—Oligofrenias.
- XVI.—Demás no diagnosticadas.

Como se ve, ésta es sólo una remodelación y actualización de la clasificación primitiva, cuyas líneas generales son conservadas. Es un poco más amplia; tiene designaciones más apropiadas; y por su último capítulo se presta a un registro perfecto del movimiento de enfermos en los establecimientos hospitalarios.

Además, corresponde a nuestro clima técnico-psiquiátrico, esto es, a lo que es acorde entre los psiquiatras brasileiros.

No necesitamos justificar lo que se hizo, tan suave y razonable se patentizaba esa modificación. Mientras tanto, hagamos resaltar, en síntesis, las diferencias de los cuadros:

La noción rígida expresada por la denominación impropia de *demencia precoz*, dió lugar al grupo, universalmente aceptado, de las *esquizofrenias*.

Parafrenias, ya desde hace mucho entre nosotros introducido el concepto de Kraepelin, substituirá a *demencia paranoide*; a su lado estaba el *delirio crónico*, impuesto por las ideas de la escuela francesa; en vez de éste, en las publicaciones no muy posteriores a la clasificación, era colocado el delirio sistematizado alucinatorio crónico de Roxo, justificando así la nueva designación *delirios crónicos alucinato-*

rios, como una tradición y adquisición de la escuela brasileña.

Psicosis de decadencia, en el sentido de afecciones que siempre tienen como características aspectos demenciales y lesiones específicas, es término más adecuado para abarcar los cuadros psicóticos *seniles* y *preseniles*, substituyendo éstos a la *psicosis de involución*, correlativos a los primeros (seniles), que muchas veces les constituyen el epílogo. Sólo pueden, pues, estar agrupados en una misma llave.

La arterioesclerosis, los traumatismos y las afecciones orgánicas del sistema nervioso, incluidos en las *psicosis por enfermedades cerebrales*, parecen estar mejor reunidos bajo esta rúbrica, que en la de *psicosis por lesiones cerebrales o demencias terminales*, concepto éste anticuado y casi nunca ajustado a los hechos de la patología y de la clínica.

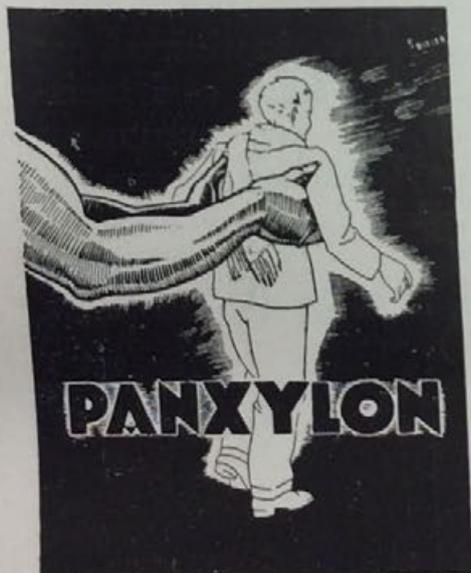
Después de esto, la sífilis, constituyendo hoy, en su expresión anatomo-clínica y en el sector etio-patogénico, un gran grupo, del cual se destaca la enfermedad de Bayle, justifica el aislamiento de la misma, integrando con esa distinción el capítulo de la *neurosífilis*.

SINERGIA TERAPEUTICA

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

1º CINAMEINA
(Cinamela Total)

2º CANFOLINA
(Canforato de Colina)



AUTO-DEFENSA DEL ORGANISMO
PRETUBERCULOSIS

TRATAMIENTO ADYUVANTE de las
TUBERCULOSIS
- MEDICAS Y QUIRURGICAS -

Usese por prescripción Médica

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

Prop. No. 8510

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

Como las manifestaciones psíquicas del mal comicial revisten a veces el carácter psicótico, se fundamenta la preferencia de *epilepsias* por *psicosis epiléptica*, creyéndose que la primera expresión traduce el carácter sindrómico, noción hoy enteramente esclarecida.

Psiconeurosis es el término actual de las antiguas *psicosis* llamadas *neurósicas*; más sintético y más preciso, excluyendo de su sector la corea, transferida a las psicosis infecciosas.

Personalidades psicopáticas designa *estados atípicos de degeneración*, adoptando así el bautismo kraepeliniano en vez de la desusada y frágil etiqueta de degeneración de Morel.

Y por fin las *oligofrenias*, que englobando las detenciones de desarrollo psíquico, incluye la *idiotia*, la *imbecilidad* y la *debilidad mental*.

Por allí se llega fácilmente a la conclusión de que los retoques realizados, de ninguna manera deforman la estructura fundamental de nuestra clasificación-madre, que sólo sufre un reajuste. Sabemos que desde el punto de vista teórico este reajuste es susceptible de críticas y objeciones; pero lo que no deja duda es que la nomenclatura adoptada ahora por la División de Asistencia a Psicópatas cumple, sin quebrantar la tradición y la lógica de las concepciones doctrinarias de nuestro medio psiquiátrico, con los objetivos técnicos y estadísticos.

De esta manera el Brasil, actualizándose, continuará con su uniformidad nosográfica psiquiátrica que hace casi treinta años viene manteniendo, al mismo tiempo que permanece fiel al voto de la Primera Conferencia Latinoamericana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal, de Buenos Aires (1928), cuyas recomendaciones coinciden con las de H. Bersot (8), recientemente presentadas al II Congreso Internacional de Higiene Mental (París, 1937).

Río Janeiro, diciembre 1938.

(8) H. Bersot.—L'Unification de la statistique psychiatrique internationale. 1937.

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

Registro No. 18967 D.S.P.

2,000 U. I. por comprimido

Frascos de 40 comprimidos

Indicado en los casos que haya necesidad de una recalificación 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

BROMURO DE CALCIO

“HORMONA”

a precio accesible.

—

BISMUTO “HORMONA”

Liposoluble.

Trivalente.

Decreación electro-positiva.

Cajas de 6 y 12 ampollitas.

Es más barato dentro de su calidad.

NOTAS SINTETICAS

Por el Dr. JUAN PEON DEL VALLE

ESQUIZOFRENIA

Una de las más recientes aportaciones sobre las psicosis de disgregación, es la que con cordial dedicatoria recibimos del distinguido psiquiatra brasileño Dr. *José Lucena*, de Recife. Su "Contribución al estudio de algunas manifestaciones iniciales de las esquizofrenias", fué una tesis de concurso a la cátedra libre de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de Pernambuco. Siempre me ha parecido el período inicial de estos desórdenes mentales el capítulo de más importancia, por ser de consecuencias diagnósticas, pronósticas y terapéuticas importantísimas, ya desde la época en que así lo expresaba en mi tesis recepcional, pero mucho más en la actualidad por razones obvias. Como muy bien dice Lucena, recientemente la distinción en el tipo clínico que es la esquizofrenia de sub-tipos evolutivos especiales, así como la noción de un desenvolvimiento yendo de la despersonalización al autismo, creó nuevos problemas a considerar. De ahí la importancia de divulgar manifestaciones poco conocidas que junto con las más destacadas tienen un interesante papel que llenar.

LEGISLACION

La ley francesa sobre enajenados, de 30 de junio de 1938, fué comentada en la Sociedad Médico-psicológica de París, por el Dr. Filassier. Como muy bien dice el extractor de la "Revista Moderna de Medicina y de Cirugía" (marzo

1939): Se ha reprochado a esta ley los secuestros arbitrarios. Ahora bien, por un período que va de 1850 a 1931, ningún proceso por este motivo dió la prueba de un verdadero secuestro o sea el internamiento de una persona sana de la mente con un fin delictuoso o por error de diagnóstico. Por lo contrario, en dos años fueron cometidos 189 asesinatos por enfermos con delirios de persecución y precisamente son los paranoicos los que parecen lúcidos al vulgo y cuyos parientes reclaman la salida del manicomio, y son también los que más difícilmente son internados. Y el autor llega a la conclusión siguiente: Hay que convenir cuán extraño es que sometida a campañas tan contradictorias, la ley de 1838 haya podido durar 100 años, y piensa que eso puede deberse a que contenía muchos méritos. Sigue siendo una necesidad de todos los países la correcta legislación sobre alienados.

RADIOFONIA EN MEDICINA

Actualmente se manifiestan relaciones diversas entre la radiofonía y la medicina. Así como hay deprimidos constitucionales que enferman de tener que sufrir a sus prójimos radio-maníacos o radiófilos, también se señalan grandes servicios, como el de haber sido en ocasiones la transmisión más pronta y efectiva para conseguir un suero de urgencia, o haber proporcionado trabajo a desempleados, o bien proporcionar el consuelo al solitario alimentando su espíritu y alejando el tedio. ¡Cuántos relatos pintorescos, cuántos episodios chuscos pero también cuántos sucesos enternecedores o cuántas adquisiciones deben la ciencia y el arte a la radiofonía!

FAKIRES Y ALUCINACIONES

El doctor Carrel, acaba de hacernos saber Fortunato Strowski, refiere que uno de sus colegas de Nueva York, intrigado por los singulares fenómenos atribuidos a los fakires hindúes, resolvió ir a darse cuenta personal.

Se hizo acompañar de su joven jefe de laboratorio, tan buen observador como él. Efectivamente, los dos hombres asistieron a cosas raras. Pero la que más los asombró fué la experiencia que consiste en lanzar una cuerda al aire. La

cuerda se fija en lo alto, como a algún garfio invisible, sujeta al cielo, y un niño o un jovencito puede treparse; después cuerda y acróbata desaparecen.

El sabio americano y su ayudante, pudieron presenciar el hecho varias veces. Unas veces juntos, y otras cada uno aparte, siempre todos los detalles de sus observaciones concordaban.

Finalmente, consiguieron varias veces fotografiar el milagro; pero nunca se reveló en la película. Era, pues, una ilusión invencible, semejante a los accidentes pitiáticos estudiados por Babinski.

Todo parecía explicarse, cuando advirtieron algo imprevisto. Continuando sus observaciones, notaron que a veces, al cambiar de lugar, dejaban de ver. No había entonces una acción directa del hechicero sobre el alucinado. No era una alucinación personal. El mago actuaba sobre ciertas porciones del espacio, que, a su vez, tenían el poder de provocar o de facilitar la alucinación, y que eran las únicas en tenerlo. Era una alucinación local. Así, en el desierto, ciertos lugares provocan espejismos y son los únicos en provocarlos.

Pero este arte de encantar ciertas porciones del espacio ¿no ha sido transportado, como agrega Strowski, al mundo espiritual por las luchas partidaristas de Europa, los mitos, los símbolos y todo el aparato teatral de la propaganda?

Cada porción del espacio espiritual está cargado de una alucinación diferente por brujos semejantes a los fakires de la India. Según que se esté colocado aquí o allí, en tal partido o en tal otro, no se puede sino ver el espejismo provocado por el mago. Y este espejismo es mucho más terrible que la cuerda del fakir y el niño. Excita la cólera, el odio, el temor, la locura.

(De "L'Esprit Médical", 30 marzo, 1939, año 11, núm. 254).

ELECTRO-FISIOLOGIA

Una de las memorias originales más interesantes que aparecen en la *Revue Neurologique* (Tomo 71, núm. 3, marzo 1939), es el "Estudio electro-fisiológico de la regulación postural", por P. Mollaret, exposición resumida de los trabajos de la Fundación Dejerine (XVII Reunión Neurológica Internacional, 31 mayo 1938). Se refiere primero la posición

del problema e investigaciones anteriores negativas, para exponer en seguida algunas contradicciones ulteriores sugestivas. A continuación viene el estudio personal sobre la inversión postural del signo de Babinski (fenómeno de Guillain-Barré). Interesan particularmente las investigaciones del autor en el perro normal; variaciones cronáxicas por cambio de postura segmentaria de un miembro; elocuentes cifras de la reobase y de la capacidad cronáxica. Después las variaciones cronáxicas por cambio de posición espacial del cuerpo entero; objeciones, experiencia crucial y primeras confirmaciones. Júzguese la amplitud apreciativa y la magnitud de tan interesante tema, por las palabras con que termina su trabajo el autor, quien, como casi todos los pintorescos hombres de gabinete y laboratorio, siente terror por el finalismo y es presa de fanatismo determinista: "Sin ceder a las seducciones finalistas, parece que el mecanismo de la regulación postural procede según algunos tipos de fórmulas que tienen una significación profunda, pues tienen sus raíces en la adaptación misma al medio exterior".

LECTURAS RECOMENDABLES

Entre los trabajos recientes, merecen ser leídos los siguientes: "Una forma anatomo-clínica particular del alcoholismo crónico: esclerosis cortical laminaria alcohólica", por *Fernando Morel*, trabajo de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Ginebra, en *Revue Neurologique*, tomo 71, núm. 3, marzo 1939. "Un signo radiológico de los tumores de la fosa posterior", por *Juan Rossier*, trabajo del Servicio de Neurocirugía del Strong Memorial Hospital Rochester, New York (incurvación de la placa basilar en astrocitomas cerebelosos principalmente), en loc. cit. "Las reacciones de equilibrio", por *Julio Zador*, prefacio de *André-Thomas*, en 1 vol., Masson edit., 1938, París. "El diagnóstico clínico de los tumores intracraneanos", por *Bini*, en *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, LXVI, f. 1-2-3, 1938. "Síndrome de tumor intrasillar", por *G. B. Cacciapuoti*, en "Il Cervello", núm. 6, noviembre 1938. "El granuloma maligno del sistema nervioso", por *Italo Rizzi*, en *Rivista di Neurologia*, octubre 1938. "La forma tardía de la encefalosis centrolobar simétrica", por *Gonzalo Bosch y Roque Orlando*, en *Revista Neuro-*

lógica de Buenos Aires, I, núm. 4. "Sobre la patología del parkinsonismo idiopático, arterioescleroso y postencefalítico", por *M. Neustaedter* y *F. Liber*, en *Journal of Nervous and Mental Dis.*, vol. 86, núm. 4. "Estudio anatómico de las ramas eferentes viscerales de la cadena simpática sacra", por *G. Laux* y *A. Courty*, en *Ann. d'anat. path.*, mayo 1938. "Las lesiones nerviosas en las apendicitis agudas y crónicas", apendicitis neurócrinas, por *A. Llombart*, en *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, junio 1938. "La exploración electro-encefalográfica de la localización farmacológica de los narcóticos", por *Z. Drohocki* y *J. Drohocka*, en *Comptes rendus des Scéances de la Société de Biologie*, núm. 3, 1939. "Anotaciones críticas sobre la teoría mecanista del eco del pensamiento", por *H. Claude* y *C. Durand*, en "*L'Encéphale*", enero 1939. Finalmente, en este mismo número de "*L'Encéphale*" es interesante la lectura de un caso de tumor frontal cuya sintomatología se aparta un poco de lo normal y abarca la esfera afectiva, estudiado clínica, anatómica y quirúrgicamente por *David* (de París) y *Askenasy* (de Bucarest). Meignant hace un comentario importante también, acerca de la mielomalacia, comparándola con la encefalomalacia, y tanto para diagnosticar el reblandecimiento cerebral como el medular, se toma en cuenta el principio brusco, la razón vascular del proceso, el ataque sensitivo-motriz, etc. (trabajo de *Ullmann*)

LIBERTAD Y CLINICA

El Dr. *L. V. Jude*, en "*L'Hygiène Mentale*", enero 1939, publica un trabajo sobre el interesante y novedoso tema de los conceptos de libertad y determinismo en medicina. Después de señalar un caso concreto y referir amenas e instructivas disertaciones sobre el tema, termina sosteniendo que es necesario creer en la libertad para ciertas actividades cuando menos y para ciertos tratamientos. No se define como finalista ni como determinista, sólo demuestra la necesidad, sobre todo del paciente, de creer en la libertad.

EL SINDROME DE AUTOMATISMO MENTAL ESQUIZOFRENICO

En este interesante trabajo de Kuretas y Scouras (L'Encephale, No. 3, 1938), los A.A. exponen el resultado de sus observaciones en esquizofrénicos incipientes, y demuestran que los procesos de tipo automático puro, no se distinguen de los que suele presentar la esquizofrenia en su comienzo. Para ellos, dichos estados se confunden y se complementan en proporciones diversas, según los casos, y sobre todo en el orden cronológico de los síntomas que desfilan en la escena clínica.

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. JOSE TORRES TORIJA

Avenida Madero No. 66.

Mex. J-11-33.

Eric. 2-45-48

Los pequeños trastornos como comienzo de la esquizofrenia, serían, según los autores, casi idénticos a aquellos que se observan en la casi totalidad de las psicosis a base de automatismo (psicosis alucinatorias crónicas, síndrome de influencia, psicosis tóxicas, etc.). Sobre estos desórdenes primitivos y elementales de automatismo mental, los A.A. desean llamar la atención, ya que ellos los han visto con gran frecuencia iniciar los procesos esquizofrénicos. En tal sentido presentan una serie de casos prolijamente estudiados y seguidos desde sus primeras manifestaciones psíquicas, los que han sido portadores desde este período, de un síndrome de automatismo mental, que luego se encaminó paulatinamente hacia una verdadera esquizofrenia.

Los A.A. estiman, a la luz de los hechos clínicos que relatan, que la esquizofrenia en su comienzo es una psicosis a base de automatismo, donde habría que buscar sus elementos reveladores. Esto no tendría únicamente un valor doctrinario, sino también y como algo de mayor importancia, para establecer un diagnóstico preciso al comienzo de los trastornos mentales, de tanta trascendencia para la eficacia de la terapéutica de Sakel.

Declaran los A.A. que no han pretendido comunicar hechos nuevos hasta el presente ignorados, sino que desean poner de relieve el papel de los fenómenos automáticos, su modo de acción en la formación de los trastornos mentales, en el período de invasión de la esquizofrenia y aislar en toda su amplitud lo que según ellos podría llamarse "el síndrome del automatismo mental esquizofrénico", constituyendo esto, agregan, los rasgos esenciales del trabajo, que se inspira en una teoría cuyo valor no podría desconocerse, y que por sus puntos de vista originales y sólidos, merecen colocarse en el primer plano, en el movimiento de la psiquiatría contemporánea.

El trabajo que comentamos ofrece interesantes consideraciones doctrinarias y deducciones de valor clínico y patogénico, que deben tenerse muy presentes, por las luces que podrían aportar en el complejo capítulo de la esquizofrenia.

E. B. N.

(Del Boletín del Asilo de Alienados en Oliva, Córdoba, Argentina, abril de 1939).

Clínica Neuropsiquiátrica "Dr. Samuel Ramírez Moreno"

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

Génova Núm. 39

México, D. F.

Teléfonos: L 72-30 y 4-20-62



DIAGNOSTICOS CLINICOS, ESTUDIOS DE GABINETE
Y LABORATORIO, TRATAMIENTOS ESPECIALES

Director: Dr. Samuel Ramírez Moreno.

Exámenes psiquiátricos: *Dr. Juan Peón del Valle.*

Exámenes neurológicos: *Dr. Carlos Pavón Abreu.*

Neurocirugía: *Dr. Conrado Zuckermann.*

Clinica interna: *Dr. Roberto Llamas.*

Laboratorio médico: *Dr. Alberto Lezama.*

Radiodiagnóstico, electrodiagnóstico y fisioterapia: *Dr. Teodoro Flores Covarrubias.*

Electropirexia: *Dr. Guido Torres Martínez.*

Neuroendocrinología: *Dr. Enrique Calvo Badia.*

Hematología y transfusiones: *Dr. Roberto Cejudo.*

Oftalmología: *Dr. Luis Sánchez Bulnes.*

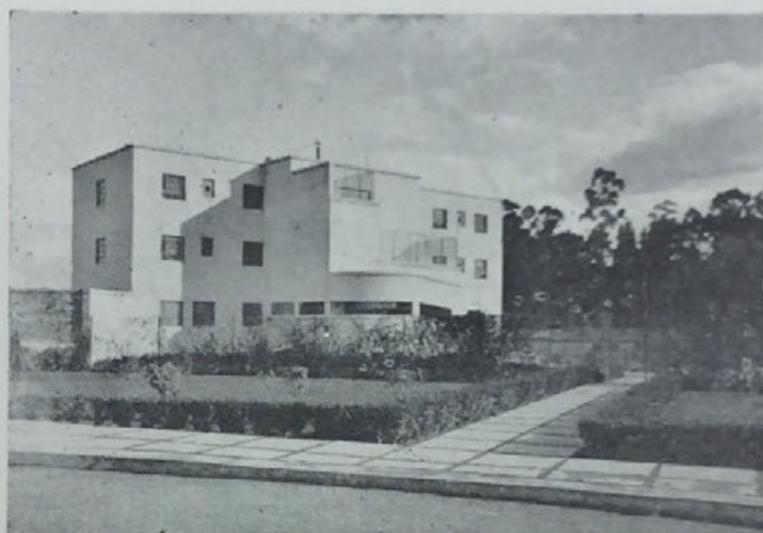
Odontología: *Dr. Jorge Torres M.*

Masoterapia: *Prof. Heliodoro Maldonado.*

Clínica Neuropsiquiátrica *“Dr. Samuel Ramírez Moreno”*

SANATORIO PARA ENFERMOS MENTALES
Y NERVIOSOS

Avenida México Núm. 10
Axotla, Villa Obregón, D. F.
Tel. P. 36-50



Director:

Dr. Samuel Ramírez Moreno.

Jefe del Servicio Neuropsiquiátrico:

Dr. Juan Peón del Valle.

Médico Interno:

Dr. C. Chamarro.

Todo el Personal Especializado.