

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL



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

SUMARIO :

TUMORES DEL ANGULO PONTO-CEREBE-
LOSO. DOS CASOS CLINICOS.—*Por el*
Dr. Jorge G. Pavón Abreu.

TRATAMIENTO DE LA SIFILIS NERVIOSA.
—*Por los Dres. Wladimir Toledo Piza y*
Anisio A. Cerqueira Luz.

"EL TESTAMENTO DE LOS INCAPACES
EN NUESTRO DERECHO".—*Por el Lic.*
José Luis Rivero Martínez.

NOTAS SINTETICAS.

VOL. VIII

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 48

1o. DE MARZO DE 1942.

MEXICO, D. F.

ORARGOL

Complejo COLOIDAL de PLATA y ORO

ANTI-INFECCIOSO GENERAL

ORARGOL INYECTABLE, ampollitas de 5 c.c.

Fórmula:

PLATA COLOIDAL ELECTRICA.	0,00225 Gr.
ORO COLOIDAL ELECTRICO.	0,00025 "
Goma arábica purificada.	0,05 "
Glucosa pura.	0,2375 "
Agua destilada, c.b.p.	5 c. c.

DOSIS Y MODO DE EMPLEO: Para los ADULTOS, una inyección de 5 a 10 c.c. intramuscular o enovenosa, todos los días o de 2 en 2 días.

Para los NIÑOS, 1 c.c. por año de edad.

Reg. No. 4186. D. S. P.

Prop. 22051

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

Laboratorios de los PRODUCTOS AMICOS
74 Blvd. V. Hugo, Clichy, pres Paris, Francia.

Representantes exclusivos:

ESTABLECIMIENTOS LAUZIER, S. DE R. L.

Av. Chapultepec, 276.

MEXICO, D. F.

Apartado 399

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

DIRECTOR:

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

JEFE DE REDACCION:

Dr. JUAN PEON DEL VALLE

PUBLICACION BIMESTRAL

VOLUMEN VIII. NUM. 48

1o. DE MARZO DE 1942

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:
SECCION EDITORIAL - LUIS A. HERRERA

GENOVA, 39

MEXICO, D. F.

SECCIONES:

PSIQUIATRIA

Dres. Samuel Ramírez Moreno y Juan Peón del Valle.

NEUROLOGIA

Dres. Adolfo M. Nieto y Santiago Ramírez.

MEDICINA LEGAL

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

RAMAS AFINES:

NEURO-ENDOCRINOLOGIA: Dr. Fernando Ocaranza.
HISTOLOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO: Prof. I. Ochoterena.
PSICOPEDAGOGIA: Dr. Lauro Ortega.
CRIMINOLOGIA: Dr. José Gómez Robleda.
NEURO-CIRUGIA: Dres. Conrado Zuckermann y Darío Fernández.
HIGIENE MENTAL: Dr. Fernando Rosales.
PSIQUIATRIA INFANTIL: Dr. Manuel Nelmann.
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.
CAMPECHE: Dr. Tomás Quijano.
COAHUILA: Dr. M. Elizondo C.

CHIHUAHUA: Dres. Carlos González Fernández y Roberto Castañeda.
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.
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 POTOSÍ: Dres. Antonio de la Maza y T. Agundis.
TAMAULIPAS: Dres. Adalberto F. Argüelles y Roberto Morelos Zaragoza.
TABASCO: Dr. J. A. Mansur.
VERACRUZ: Dr. Vicente Ortiz Lagunes.
YUCATAN: Dr. Eduardo Urzáis.
ZACATECAS: Dr. Arnulfo Rodríguez.

COLABORADORES EXTRANJEROS:

ARGENTINA: Prof. Dr. Osvaldo Loudet, Dr. Helvio Fernández, Dr. Gonzalo Bosch, Dr. José Belbey, Dr. Mario A. Sbarbi y Julio R. Obiglio.
BRASIL: Dres. Plínio Olinto, Heitor Peres, José Mariz, José Lucena y Armando Neves.
CUBA: Dr. Manuel Galligarcía.
COSTA RICA: Dr. Roberto Chacón Paut.
CHILE: Dres. Juan Garafulic, Isaac Horvitz, Iturra Moreira y Quiroga Arenas.
ECUADOR: Dr. Julio Endara.
ESPAÑA: Dr. Antonio Torres López.
ESTADOS UNIDOS: Dres. I. S. Wechsler, M. M. Kessler, G. S. Waralch, William C. Menninger, Ralph M. Fellows, Leo Stone, Karl Menninger, Maurice N. Walsh y Charles A. Burlingame.
FRANCIA: Prof. Dr. Henri Claude, Prof. Dr. Genil-Perrin, Dr. Paul Schiff, Dr. Ajuriaguerra y Dr. Hadji-Dimo.
ISLAS FILIPINAS: Dr. Sixto de los Angeles.
NICARAGUA: Dr. Emillio Lacayo.
PERU: Dr. Honorio Delgado y Dr. Baltasar Caravedo.
URUGUAY: Dr. Antonio Sicco y Dr. Elio García Ausst.
VENEZUELA: Dr. León Mir y Dr. J. N. Palis.

En el exterior, se invita principalmente a todos los médicos mexicanos, de manera extensiva y particular a los especialistas de habla castellana y en general a todos los neuropsiquiatras que deseen el intercambio.

B - E N D O - V I T

VITAMINA B₁

Para uso intravenoso e intrarraquídeo

(También se pueden emplear las vías usuales de inyección)

5,000 U. I. DE VITAMINA B₁ POR C. C.

Reg. D. S. P. 23402.

LABORATORIOS DR. ZAPATA, S. A.

Insurgentes No. 35.

MEXICO, D. F.

O P O S T E N O L

Registro Núm. 9325 D. S. P.

Moderno tratamiento de la ASTENIA en los casos de trastornos del recambio lipoideo o electrolítico de los centros nerviosos. Disfunciones endócrinas. Hiperexcitabilidad o labilidad constitucional del sistema nervioso.

FORMULA:

Cada grajea contiene:

Lípidos cerebrales.....	0.025	Glicerofosfato de Sodio.....	0.05
Suprarrenal cortical.....	0.025	Glicerofosfato de magnesio..	0.05
Substancia testicular.....	0.025	Lactato de cal.....	0.05
Extracto de levadura vitamínica.	0.025	Haba de San Ignacio	0.001
		Pasionaria.	0.025
Frascos de 80 Grajeas.		Dosis: de 6 a 10 grajeas al día.	

CARLO ERBA DE MEXICO, S. A.

Barcelona, 26.

MEXICO, D. F.

Apartado 1837

Gardénal

FENIL - ETIL - MALONILUREA

**EPILEPSIA
CONVULSIONES
ESTADOS ANSIOSOS
INSOMNIOS REBELDES**

*EN TUBOS DE COMPRIMIDOS
A 0,70, 0,05 Y 0,01*

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION
Y BAJO LA VIGILANCIA MÈDICA

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA**

MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE
21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8^e

N° 3467 D. S. P

VITAMINA

B₁

Simple _____ 0.02 gr.

Fuerte _____ 0.05 gr.

Extrafuerte _____ 0.25 gr.

"HORMONA"

a precios razonables.

NEUMOPIRIDINA "HORMONA"

20 tabletas de 0.50 gr. de Sulfopiridina.

LABORATORIOS HORMONA, S. A.

Laguna de Mayrán, 411

México, D. F.

Tumores del Angulo Ponto-Cerebeloso. Dos casos clínicos.

Por el Dr. JORGE G. PAVON ABREU



El ángulo ponto-cerebeloso es una depresión formada por el borde externo de la protuberancia y los hemisferios cerebelosos. A este nivel emergen de los surcos bulbo-protuberancial y bulbar lateral, los nervios craneanos VI, VII, VIII, IX, X, XI y más profundamente el V par.

A estos nervios y al cerebelo, corresponde fundamentalmente la sintomatología de los tumores de esta región.

De nuestras observaciones clínicas hemos tomado dos casos de estas neoplasias, estudiados por nosotros en el Servicio de Consulta Externa de la Clínica del Dr. Samuel Ramírez Moreno y de los cuales hacemos una síntesis a continuación.

C. R. de A., de 55 años, casada, natural de Penjamillo, Michoacán, ocupada en labores domésticas, fué estudiada por primera vez en marzo de 1940.

Los antecedentes carecen de importancia.

Desde 1938 comenzó con cefaleas fronto-occipitales y frontales, constantes, con exacerbaciones muy intensas que se acompañaban de mareos, estado nauseoso y dificultad para la marcha. La enferma acusa además zumbidos de oídos, principalmente del lado derecho; sordera del mismo lado; parestesias en los miembros inferiores, más notables del lado derecho.

Exploración físico-funcional. Inspección.

Persona del sexo femenino, que representa su edad, íntegra, proporcionada, desnutrida. Los datos referentes a la marcha se consignan en el examen neurológico.

Sistema nervioso. Motilidad.—La marcha es atáxica, con pasos incoordinados y lateropulsión derecha; la motilidad voluntaria es sumamente torpe, haciéndose más evidente en los movimientos de precisión. Hipotonía franca más marcada del lado derecho.

Reflectividad.—Hiperreflexia tendinosa; reflejos cutáneos normales. No hay signo de Radovicki. Anestesia conjuntival y corneal del lado derecho. Anestesia faríngea.

Sensibilidad.—La superficial es correcta. El sentido de las actitudes se encuentra ligeramente perturbado.

Coordinación.—Marcha atáxica con lateropulsión derecha. Dificultad y casi imposibilidad para efectuar movimientos de precisión; adiodococinesia más marcada del lado derecho; dismetria con predominio de hipermetria en el miembro superior derecho.

Equilibrio.—El equilibrio estático se encuentra notablemente perturbado; imposibilidad de sostenerse de pie, oscila y tiende a caerse hacia el lado derecho.

Funciones psíquicas.—Hipomnesia global con lagunas e ictus mnésicos.—Hipoprosexia; ligera obnubilación mental.—Alteración de las funciones afectivas.

No existen alteraciones en los demás aparatos y sistemas.

Como datos complementarios anotamos: dolor a la percusión en la región retromastoidea derecha. Nistagmus horizontal hacia la derecha.

La radiografía demostró ensanchamiento del meato auditivo interno del lado derecho.

El examen de fondo de ojo reveló edema de la papila.

Diagnóstico.—Se hizo el diagnóstico de Neurinoma del Acústico del lado derecho.

La enferma fué sujeta a tratamiento médico por la renuencia a someterse a intervención quirúrgica, obteniendo al principio alguna mejoría. Durante dos años de evolución del

padecimiento, la enferma sufrió varias exacerbaciones, que se acompañaron de crisis vertiginosas.

A fines del año de 1941, fué sometida a intervención quirúrgica encontrándose un tumor del tamaño de un huevo de paloma en el ángulo ponto-cerebeloso del lado derecho que histológicamente correspondió a neurinoma del acústico.

La enferma falleció durante el acto operatorio.

M. L. G. de B., de 30 años de edad, casada, originaria de la ciudad de México, de raza blanca, ocupada en labores domésticas, fué estudiada en junio de 1941.

Antecedentes heredo-familiares.—El padre padece de diabetes melitus. La madre es sana. Tuvo 10 embarazos de los cuales fueron tres abortos y siete a término. No se citan datos de importancia respecto a antecedentes atávicos o colaterales. Tiene la enferma dos hijos sanos, de 6 y 8 años de edad; no ha sufrido abortos.

Antecedentes personales.—Nada de importancia en los antecedentes nipiológicos. Además de sarampión, tos ferina y enterocolitis que tuvo en la infancia y miopía que se apreció desde pequeña, lo más notable es que desde niña y después de haber padecido infecciones catarrales con coriza de repetición, se instaló un proceso de otitis externa supurada doble, la que evolucionó en forma crónica ocasionando hipoacusia, que iniciándose en el oído izquierdo, continuó en el derecho hasta ser bilateral, progresiva y muy acentuada. Así duró varios años, hasta hace trece que fué atendida por un otólogo quien le aplicó tímpanos artificiales, recuperando la audición principalmente del lado derecho.

Principio y evolución del padecimiento.—Desde hace 5 años aproximadamente, se instaló dolor en la región temporal izquierda especialmente sobre las regiones preauricular y mastoidea que se irradiaba al cuello y con exacerbaciones intensas sin motivo aparente. En julio de 1940, la crisis dolorosa se acompañó de náuseas, sensación de mareo y estado vertiginoso, siendo este último muy severo por espacio de 72 horas, disminuyendo de intensidad posteriormente, pero persistiendo con mareos durante 15 días que obligaron a la enferma a guardar cama, pues tales molestias se intensificaban

al tratar de incorporarse. Un mes después, y sin motivo aparente, bruscamente se presentó parálisis facial total izquierda. A consecuencia de este trastorno, se le practicó el vaciamiento del oído izquierdo y después de esta intervención, desaparecieron el dolor cefálico y los mareos por espacio de 21 días, tras de los cuales, reaparecieron las crisis dolorosas temporales que fueron aumentando progresivamente, y los mareos.

Estado actual.

Exploración físico-funcional.—Inspección.—Persona del sexo femenino, que representa su edad, íntegra, proporcionada, robusta, de constitución biotipológica mixta entre el pícnico y el atlético.—Pesa 82.500 Kgms. y mide 1.69 Mts.—Los datos referentes a la motilidad facial y a la marcha serán consignados en el examen neurológico.

Sistema nervioso.—Motilidad.—La marcha es ligeramente atáxica, con pasos incoordinados y lateropulsión izquierda. Lagofthalmus del lado izquierdo; la motilidad de los músculos de la hemifaz izquierda se encuentran notablemente perturbados. Signos de Bell y Negro del lado izquierdo. La motilidad voluntaria es torpe en los miembros superiores sobre todo del lado izquierdo. No hay movimientos involuntarios. La motilidad pasiva y el tono muscular revelan flacidez de los músculos de la mitad izquierda del cuerpo y amplitud de los movimientos articulares que sobrepasan a los normales.

Reflectividad.—Reflejo naso-palpebral disminuido del lado izquierdo (signo de Gillow); maseterino exaltado, reflejo idiomuscular exaltado a la percusión de cualquier parte del músculo frontal, pero más aparente del lado izquierdo. Hiperreflexia osteoperióstica y muscular en los demás reflejos explorados: bicipital, tricipital, patelares, aquileos, estiloideos, y medio plantar. Reflejos cutáneos abdominales abolidos. No hay signos de Radovici. Anestesia conjuntival e hipoestesia corneal izquierda, hipoestesia conjuntival y corneal derecha. Anestesia faríngea.

Sensibilidad.—Las sensibilidades superficiales son normales. Ligera perturbación del sentido de las actitudes. El sentido estereognóstico es correcto.

Sensorialidad.—Sordera completa en el oído izquierdo; hipoacusia en el derecho. Los demás sentidos son normales

a excepción de la miopía que padece, como ya dijimos, desde temprana edad.

Coordinación.—La marcha, repetimos, es ligeramente atáxica y con lateropulsión izquierda; los movimientos de precisión en los miembros superiores son torpes sobre todo del lado izquierdo.

Existe ligera adiadococinesia más notable en el miembro superior izquierdo. Dismetria con predominio de hipermetría, más notable del lado izquierdo.

Equilibrio.—El equilibrio estático se encuentra perturbado, pues la enferma puesta de pie, tiende a buscar mayor base de sustentación separando las piernas. Difícilmente puede sostenerse erecta al tener los pies juntos, hecho que se hace más notable al ordenarle poner un pie delante de otro. En esta última posición le es completamente imposible sostenerse. Estos fenómenos no se modifican al tener cerrados o abiertos los ojos.

Del equilibrio estático ya se habló al hacer el estudio de la marcha, la cual, como ya se dijo, es titubeante (de ebrio).

No existen trastornos tróficos. Las funciones esfinterianas, sexuales, el lenguaje y las funciones hipóncas, son normales.

Funciones psíquicas.

Senso-percepciones.—En lo que se refiere a las percepciones sensoriales únicamente y como ya anotamos, existe sordera completa para el oído izquierdo e hipoacusia para el derecho. No hay alteraciones cualitativas.

Atención.—Hipoprosexia de la atención activa.

Memoria.—Hipomnesia global con lagunas e ictus mnésicos.

Comprensión.—Ligero retardo.

Conciencia.—Ligera obnubilación.

La orientación, juicio y raciocinio, asociación de ideas, y las funciones afectivas y conativas son normales.

Todos los demás aparatos y sistemas son normales a los métodos clínicos de exploración. Tensión arterial Mx. 170. Mn. 70. Pulso con frecuencia de 87 por minuto.

Como datos complementarios anotamos dolor intenso a la presión y a la percusión en todo el hemicráneo izquierdo, especialmente en la región temporal.

Exámenes de laboratorio.

Reacciones serológicas, negativas.

El estudio de las cronaxias de los músculos de la cara reveló la existencia de paresia del facial izquierdo, de sistematización periférica.

Ausencia de estasis papilar.

La radiografía de cráneo aportó lo siguiente: Osteítis mastoidea que se extiende a la caja del tímpano y aditus-adantrum; otoesclerosis bilateral con predominio izquierdo.

Reacciones en el líquido céfalo-raquídeo negativas, hipertensión, bloqueo parcial; signo de Brinck izquierdo.

La ventriculografía no aportó ningún dato de interés.

La electroencefalografía dió por resultado lo siguiente: hemiasincronía eléctrica cerebral; las ondas de acción del hemisferio izquierdo más lentas y de mayor microvoltaje que el derecho, lo cual es más aparente en las derivaciones post-centrales que en las anteriores.

Resumen de síntomas.

Haciendo un resumen de los síntomas positivos encontrados tenemos:

Principio con otitis externa y media supurada doble, la que posteriormente originó hipoacusia primero izquierda y después bilateral.

Dolor en la región temporal izquierda en las zonas preauricular y mastoidea del mismo lado, con irradiación al cuello.

Crisis vertiginosa intensa que duró por espacio de 72 horas y después estados vertiginosos irregulares y atenuados.

Parálisis facial total izquierda.

Adiadococinesia de mediana intensidad en el miembro superior izquierdo.

Marcha atáxica con pasos incoordinados y lateropulsión izquierda.

Dismetría con predominio de hipermetría más acentuada en el lado izquierdo y de éste en la mano y dedos.

Alteración del equilibrio estático.

Paresia ligera especialmente para los movimientos de precisión, más notoria en el miembro superior izquierdo.

Hipotonia en los segmentos izquierdos y pasividad motriz.

Hiperreflexia osteo-perióstica con abolición de los reflejos cutáneo-abdominales.

SIFILIS HEREDO SIFILIS

TRATAMIENTO DE ASALTO
Y DE CONSOLIDACION

PALUDISMO ARSAMINOL

Inyecciones intramus-
culares y subcutáneas
indoloras

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

Usese exclusivamente por prescripción
y bajo la vigilancia médica.

DOS FORMAS

ADULTOS 1 ampollita 3 cc. - 0 gr 15 As
1 " 5 cc. - 0 " 25 As

NIÑOS 1 " 1 1/2 cc. - 0 " 0375 As



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

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



DISPEPSIAS
FOSFATURIA
DERMATOSIS
CIERTAS JAQUECAS
PRETUBERCULOSIS
NEURASTENIA
INAPETENCIA

ciertas formas de
REUMATISMO CRONICO
ciertas
CONVALECENCIAS

PHOSOFORME
MODIFICADOR
del



PROP. No. 13310

GOTAS
REG. No. 9616 D. E. P.

SOLUCION
REG. No. 9887 D. E. P.

Establecimientos LAUZIER, S. de R. L.
Av. Chapultepec 206 Apartado 299
MEXICO, D. F.

Anestesia conjuntival e hipoestesia corneal izquierda. Hipoestesia conjuntival y corneal derecha.

Anestesia faríngea. Abolición del reflejo faríngeo.

Perturbación ligera del sentido de las actitudes en los miembros inferiores.

Dolor intenso a la presión y percusión en el hemicráneo izquierdo, especialmente en las regiones temporal y mastoidea.

Osteítis mastoidea que se extiende a la caja del tímpano y aditus-ad-antrum del lado izquierdo; otosclerosis bilateral con predominio izquierdo.

Hipertensión raquídea; bloqueo parcial; signo de Brinck izquierdo.

Hemiasincronía eléctrica cerebral con lentitud de las ondas eléctricas cerebrales del lado izquierdo, de mayor microvoltaje que las derechas especialmente en las derivaciones centrales posteriores y temporales.

Hipoprosxia y fatigabilidad de la atención activa.

Hipomnesia global con lagunas e ictus mnésicos.

Obnubilación psíquica ligera.

Signos negativos importantes.

Reacciones con el suero sanguíneo y L.C.R. negativas.

Ausencia de estasis papilar.

Ausencia de vómitos (sólo los hubo en la crisis vertiginosa aguda).

Diagnósticos.

Anatómico.—Padecimiento orgánico localizado en el sistema nervioso central y periférico (meninges, cerebro y V par izquierdo, además de los pares VII, VIII y IX principalmente) y en el óseo (temporal).

Sindrómico.—Síndrome de hipertensión craneana —cefalea, hipertensión del l.c.r., obnubilación psíquica ligera—.

Síndrome cerebeloso —ataxia, lateropulsión, dismetría, adiadococinesia, hipotonía muscular y pasividad motriz.

Síndrome vestibular —vértigo otolítico franco, nistagmus.

Topográfico.—Proceso localizado al ángulo-ponto-cerebeloso y que por vecindad ha ocasionado compresión del VII par —parálisis facial— al V par —anestesia corneal— y al IX par —anestesia faríngea—.

Anatomopatológico.—Lesiones probablemente producidas por paquimeningitis —meningioma— circunscrita de la base

como consecuencia de la extensión del proceso infeccioso ótico y de reacción esclerosa de la roca y tejidos circunvecinos.

Fisiopatológico.—Interrupción del influjo nervioso correspondiente a la sensorialidad del VIII par con alteraciones del equilibrio por lesión vestibular; interrupción de igual naturaleza del VII par con supresión de los movimientos de los músculos de su inervación. Disfunción análoga para el V y IX pares. Trastornos dolorosos en el sitio de la lesión por irritación sobre los nervios sensitivos meníngeos; perturbaciones de coordinación y sinergia motriz por compresión directa del cerebelo y vías cerebelosas.

Disminución de la actividad eléctrica cerebral en el hemisferio izquierdo especialmente en las zonas electroencefalográficas posteriores.

Etiológico.—Proceso de reacción inflamatoria de vecindad y por propagación, que ha originado lesiones otoesclerosas y meningoesclerosas circunscritas.

Nosológico.—Tumor cerebral en el ángulo ponto-cerebeloso (en el concepto clínico de este término), por paquimeningitis circunscrita o meningioma.

Diferencial.—Con absceso cerebral de origen ótico; poco frecuente en tal localización, de evolución más rápida y acompañado de alteraciones hematológicas (leucocitosis).

Con neurinomas del VII par y con otros tumores, por carencia de edema papilar, de síntomas de hipertensión más acentuados, porque en este caso, el proceso evoluciona primitivamente en forma de padecimiento inflamatorio (otitis bilateral de predominio izquierdo). Sin embargo, estas apreciaciones clínicas se esclarecerán con la intervención quirúrgica y el estudio histopatológico del proceso.

El diagnóstico diferencial con el Síndrome de Bruns es relativamente fácil, pues si bien la ataxia frontal se acerca mucho a la ataxia cerebelosa, la primera se acompaña de trastornos psíquicos intensos mientras que el ataque a los pares craneanos no existe.

Quedaría sólo por citar en la diferenciación diagnóstica un proceso de osteítis hipertrofiante de la roca que produjera compresión de los órganos del ángulo ponto-cerebeloso; aunque de hecho hay proceso de osteítis, radiológicamente comprobado, éste forma parte de la reacción esclerosa de vecindad.

Integral.—Padecimiento crónico orgánico en forma de tumor del ángulo ponto-cerebeloso, paquimeningitis o meningio-

ma consecutivo a proceso infeccioso por otitis crónica, que se desarrolla en persona sin antecedentes hereditarios patológicos, de buena constitución y conformación y sin otros datos patológicos.

Pronóstico.

En vista de la seriedad del pronóstico, pues el proceso continuará alterando las funciones del sistema nervioso ya anotadas, pudiendo por su desarrollo llegar a comprometer las actividades cerebral y psíquica y producir fenómenos graves de hipertensión intracraneana, se pospuso la intervención quirúrgica prescribiéndole por lo tanto, medicación sintomática: suero glucosado hipertónico, analgésicos, etc.

Desconocemos la evolución que hasta la fecha haya seguido el proceso, pues la enferma no se ha vuelto a presentar al Servicio.

ALGUNAS CONSIDERACIONES CLINICAS

Los tumores del ángulo ponto-cerebeloso son conocidos desde el año de 1777 en que Sandifort describió uno de estos neoplasmas. Un siglo después, Virchow, volvió a ocuparse de ellos. Posteriormente, a fines del siglo pasado y a principios del actual, numerosos autores, entre los cuales se cuentan a Sternberg, Von Monakow, Hartman, Oppenheim, etc., publicaron numerosas monografías a este respecto, designando a estas neoplasias con el nombre de tumores del ángulo-ponto-cerebeloso haciendo hincapié en la posibilidad de la extirpación quirúrgica. Fué Ballance quien en 1899 intervino con éxito en un neoplasma de éstos.

Entre los tumores del ángulo ponto-cerebeloso encontramos tres tipos fundamentalmente y que en orden de frecuencia e importancia son:

Tumores del nervio acústico;

Neoplasias que tienen su origen en otros puntos y que se desarrollan en el tejido circunvecino al ángulo ponto-cerebeloso (sarcomas, endoteliomas, gliomas y quistes).

Procesos crónicos que simulan un tumor (meningitis circunscritas, etc.).

Sintomatología.

Nos referimos únicamente a los tumores del nervio acústico por ser los más frecuentes y mejor estudiados.

Estas neoplasias son los neuromas o neurinomas de Verocay; toman su origen en el nervio acústico, se desarrollan lentamente y no recidivan una vez extirpados.

Al iniciarse y evolucionar en el conducto auditivo interno, producen una dilatación del mismo y que es evidenciada por la radiografía, síntoma de gran valor cuando existe, sobre todo, para el diagnóstico diferencial entre neurinomas y tumores de otra naturaleza.

Durante la primera fase de evolución, que puede durar años, únicamente son apreciables trastornos correspondientes al VIII par: zumbidos de oídos o ruidos muy violentos, instalándose posteriormente sordera unilateral y progresiva. Al lado de los trastornos de la rama coclear, aparecen los del nervio vestibular, siendo frecuentemente esta última, la primera atacada. Entre los síntomas vestibulares, el vértigo es frecuentemente muy pronunciado y cuando este síntoma es el primero en aparecer, se puede tomar por el vértigo de Menière. En algunos enfermos se observan verdaderos accesos de lateropulsión hacia el lado de la lesión.

El nistagmus es constante y según Cushing, más pronunciado cuando el enfermo mira hacia el lado de la lesión.

Los fenómenos cerebelosos son constantes y de aparición más o menos tardía: ataxia de tipo cerebeloso con lateropulsión hacia el lado de la lesión, Hemihipotonía, adiadococinesia, incoordinación, etc.

Como elementos de diagnóstico de localización, la sintomatología que produce el ataque de los nervios craneanos, es muy importante, sobre todo en lo que se refiere al V y VIII pares.

El trigémino puede responder a la irritación por fenómenos neurálgicos. La parálisis de este nervio es casi constante en los tumores del ángulo, pero el signo objetivo más precoz de la irritación de este nervio, es la pérdida del reflejo corneano.

Después del acústico y del trigémino, es el VII par el más atacado, aunque puede ser irritado y aun distendido por la neoplasia sin que dé ninguna respuesta. Sin embargo, las parálisis faciales a veces muy leves, de tipo periférico, tienen en estos tumores un porcentaje muy elevado.

Entre los otros nervios craneanos que son alcanzados por los tumores del ángulo ponto-cerebeloso, el intermediario de Wrisberg merece ser referido, pues los trastornos gustativos originados por la irritación de este nervio, son muy frecuentes en estos enfermos.

El motor ocular común es raramente tocado en los tumores del ángulo, lo cual no sucede con el motor ocular externo. Este último es uno de los más sensibles en los casos de tumores intracraneanos, y en los del ángulo, su vecindad lo expone a compresión más directa por desalojamiento de la protuberancia, por lo cual es común la parálisis del VI par del lado de la lesión.

El abatimiento del paladar membranoso, la pérdida del reflejo faríngeo, así como los trastornos de disfagia y disartria observados en los tumores del ángulo, deben ser imputados a la parálisis del glossofaríngeo.

Los X, XI y XII pares craneanos, son raramente atacados.

Los trastornos sensitivos y motores no son raros en estos tumores. Los reflejos tendinosos están generalmente exaltados, siendo esto más notable del lado del tumor.

Los trastornos psíquicos son también frecuentes sobre todo en las esferas de la memoria (hipomnesia global) y de la comprensión (obnubilación psíquica).

Los síntomas generales de hipertensión craneana presentan algunas particularidades en los casos de tumores del ángulo ponto-cerebeloso. La estasis papilar se considera como síntoma precoz, los vómitos son más frecuentes a causa de la compresión bulbar. Las cefaleas que frecuentemente son occipitales, tienen generalmente gran violencia y van acompañadas de rigidez de la nuca.

La sintomatología que hemos resumido, puede variar según que la evolución del proceso se efectúe hacia arriba o hacia abajo.

Difícilmente se puede deducir la sintomatología del tumor por los síntomas clínicos.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico clínico de tumor del ángulo ponto-cerebeloso es muy laborioso sobre todo en su principio, cuando la sintomatología no es completa o los signos son tan finos que pue-

den pasar inadvertidos al mejor observador durante un minucioso examen clínico.

Ante un síndrome de hipertensión craneana y una vez identificado el proceso en la fosa cerebral posterior, se impone el diagnóstico de localización.

Es muy importante conocer si se trata de un tumor del tronco cerebral mismo, porque esta localización debe inspirar mucha desconfianza desde el punto de vista quirúrgico, por ser estos tumores inextirpables e ilusorio el tratar de efectuar un trépano descompresivo.

Los tumores de los lóbulos cerebelosos pueden existir sin que haya edema papilar; aquí la disimetría domina y los signos de los nervios craneanos son tardíos.

Los tumores del acueducto de Silvio son muy raros, siendo imposible por lo general su diagnóstico excepto por medio de la ventriculografía, la cual demuestra que el aire no penetra en el IV ventrículo. El diagnóstico diferencial de estos tumores reviste gran importancia, porque la intervención por la fosa cerebral posterior provoca irremediamente la muerte.

Recordar que los tumores de los lóbulos frontales, pueden semejar un proceso de la fosa cerebral posterior por razón de la ataxia frontal (síndrome de Bruns), que recuerda mucho la ataxia cerebelosa, tanto más cuanto que en los procesos de la fosa cerebral posterior existen también trastornos psíquicos.

En resumen, importa, ante un síndrome de hipertensión craneana, localizar el proceso en la fosa cerebral posterior y precisar clínicamente después el sitio exacto de la lesión.

Los grandes errores que hay que evitar son: hacer el diagnóstico de tumor de los lóbulos frontales, dejar pasar un absceso, o esperar la atrofia óptica.

Tratamiento.—Es esencialmente quirúrgico. Como tratamiento médico contra la hipertensión craneana, se pueden emplear los sedantes, suero glucosado hipertónico, etc.

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 eutrótico*

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

Regis. 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)

BEUVILL.



ANIOBI

Reg. No. D. S. P.

Combinación liposoluble casi indolora de yodo y bismuto en el estado ANION

Inyectado mantiene su solubilidad en el vehículo grasoso, sin descomponerse como otros liposolubles.

Asimilable rápidamente por las células del sistema retículo-endotelial, fijador en grado elevado de las grasas.

Por ser ANION, su tenor en bismuto metálico (2.1 ctgrs.) evita la "gripe bismática" con los resultados terapéuticos de las antiguas sales.

Atraviesa más rápidamente las meninges y aun en los casos de sífilis primaria, substituye a los arsenicales.

PARA MUESTRAS Y LITERATURA:

LABORATORIOS PICOT, Regina No. 13, México, D. F.

Sulfuros de Mercurio y Bismuto

(En el Estado Coloidal)

1. - Llena totalmente las exigencias de la moderna terapéutica antiluética.
2. - No produce reacciones, como estomatitis, etc.
3. - Es completamente indoloro y sin analgésico.
4. - No causa manchas (tatuaje) ni nódulos en el local de la inyección.
5. - Garantiza su prestigio.

Series
INFANTIL
A
B
C

ANIOBI

Reg. No. 14437 D.S.P.

PARA MUESTRAS Y LITERATURA:

LABORATORIOS PICOT, Regina No. 13, México, D. F.

Tratamiento de la Sífilis Nerviosa

Por los doctores

WLADIMIR TOLEDO PIZA y ANISIO A. CERQUEIRA LUZ

Jefe del Servicio de Propaganda y Educación Sanitaria del Estado de S. Paulo, Brasil.

Profesor de la Facultad Nacional de Medicina de la Universidad del Brasil.

La comprobación del efecto terapéutico de los diversos medicamentos indicados para el tratamiento de la infección sífilítica debe, en el momento actual, ser hecha con el máximo rigor. El arsenal puesto a disposición del médico para la lucha contra la sífilis es de los más ricos y variados. Hoy existen fórmulas de las más diferentes, representando concepciones terapéuticas de las más interesantes. Igualmente disponen los clínicos de los métodos de control perfectos y bien equilibrados.

Ya salimos, pues, de la época en que interesaba más enriquecer el arsenal terapéutico con mayor número de armas; estamos en el momento de seleccionar estos recursos, catalogando apenas los que correspondan a un mínimo de exigencias, compatibles con el adelanto que ya hemos realizado en este sector de la medicina, y ese mínimo de exigencias debe ir siendo elevado siempre, para que consigamos efectuar, realmente, un progreso en el arte de curar.

De las nuevas sales tiene el médico sífilógrafo el derecho de exigir, pues, que no sean meros substitutos de las fórmulas en uso, sino que representen de hecho un nítido progreso terapéutico.

En la lucha contra la sífilis interesa inmediatamente obtener con rapidez la cicatrización de la lesión inicial para disminuir en cuanto sea posible, las probabilidades de diseminación de la infección entre los que rodean y conviven con el enfermo. Prevenido el lado social y sanitario, interesa después curar al paciente radicalmente, evitando que sea víctima de los graves daños que la sífilis es maestra en proporcionar. El medicamento antisifilitico debe, pues, ser activo de modo que facilite una rápida cicatrización de la lesión contagiante y debe prestarse a proporcionar al enfermo una protección eficiente para los riesgos futuros.

Mas actualmente, debe demostrar su eficacia no solamente frente a casos comunes, sino también orientándose en el sentido de suministrar resultados satisfactorios en los casos en que hasta hoy fracasaron sus antecesores.

La sífilis nerviosa era hasta hace bien poco, absolutamente resistente a cualquier medicamento y los antilúéticos en uso nada conseguían, cuando eran llamados a resolver un caso de tabes o lues cerebral.

De las formas de neurosífilis, una más que cualquiera otra, la parálisis general, constituía la prueba máxima para la medicina.

Ningún medicamento desde el antiguo mercurio al bismuto, desde el vanadio hasta el arsenobenzol, pudo frente a la parálisis progresiva, siquiera remediar sus más alarmantes síntomas.

El advenimiento de la malarioterapia, propuesta por Wagner Jauregg, abrió para la neurosífilis un nuevo horizonte. Mejoras clínicas y serológicas fueron obtenidas, desde las primeras tentativas, creando en torno del nuevo tratamiento una expectación de las más optimistas. La observación de los casos favorables, después de algún tiempo, demostró, sin embargo, que la malarioterapia por sí sola no resolvía en definitiva el problema. Las mejoras clínicas y licuorológicas no eran definitivas y para mantenerse, exigían que luego, después de la terminación del tratamiento por la malaria, se iniciase un tratamiento de ataque para destruir el agente etiológico.

La malarioterapia, indispensable siempre que se inicia el tratamiento de una forma cualquiera de neurosífilis, debe constituir apenas el primer paso, siguiéndose a ésta una de-

dicación específica, activa y bien controlada por la clínica y por el laboratorio.

Son bien conocidas las modificaciones que se observan en las reacciones practicadas en el líquido para la comprobación de la sífilis, después del tratamiento de la malaria en las diversas formas de neurosífilis. El trabajo publicado en la revista "L'Encephale" (N. 8, año XXVII), en colaboración con Waldimiro Pires, uno de nosotros (Cerqueira Luz) tuvo ocasión de comprobar, usando el tratamiento por el arsenobenzol después de la malarioterapia cuáles eran las modificaciones que presentaban las reacciones serológicas del líquido céfalo-raquídeo. La comparación de los resultados obtenidos con el tratamiento por la malarioterapia seguido por el arsenobenzol, con aquellos obtenidos con la malarioterapia seguido por otros antisifilíticos, demostraban que en aquella época, (1932) no había dudas sobre la ventaja incontestable del arsenical en relación a los demás específicos, como auxiliar de la piroterapia malárica.

La malarioterapia sola ya influencia benéficamente las reacciones serológicas del licor y esa influencia se hace sentir en modificaciones que son de orden químico, físico y biológico. Donde esas modificaciones son más sensibles y rápidas, es según nosotros comprobamos en la disminución del número de células del líquido céfalo-raquídeo. Y esos resultados eran, según decíamos entonces, mucho más perfectos si la malarioterapia es seguida del tratamiento por los arsenobenzoles.

La pleocitosis es pues la que revela primeramente los beneficios del tratamiento. Luego viene la mejoría de las reacciones de las globulinas, la disminución de la cantidad de albúmina total y la negatividad de las reacciones de floclación coloidal. La reacción más persistente en la positividad, la que se modifica más tardíamente es la reacción de Bordet-Wassermann. En la parálisis general, esa prueba persistía entonces años y años, después de la desaparición de todos los síntomas clínicos y de las demás pruebas serológicas.

En el trabajo citado arriba ya anotábamos "Dans le liquide céphalo-rachidien d'un paralytique général, la réaction de Wassermann est un des derniers symptomes á disparaître. Bien souvent, le malade est en franche remission, et la r. Wassermann est encore positive jusqu'à 0.5 et meme 0.2 c.c."

Por su complejidad la reacción de Wassermann ofrece aspectos susceptibles de crítica, mas aplicada al líquido y con buena técnica, constituye todavía la más fina y sensible de todas las reacciones serológicas para el diagnóstico de la neurosífilis y el control de su tratamiento. Cuando todas las demás reacciones cedían fácilmente a la simple malarioterapia seguida de un tratamiento específico, la reacción de Wassermann se mantenía positiva durante largos años, aun cuando el tratamiento después de la piretoterapia se hiciese con los arsenobenzoles, justamente considerados como los más activos antisifilíticos. Y esa tardanza en desaparecer la positividad de la reacción de Wassermann era mucho mayor si se trataba de un caso de parálisis general, como dejamos dicho en el trabajo citado.

Tuvimos oportunidad ahora de observar varios casos de neurosífilis tratados con malarioterapia seguida de inyecciones de meta-yodo-bismutito de sodio, sal liposoluble que responde a la fórmula química Na BiI_4 y los resultados obtenidos fueron de lo más interesante. El meta-yodo-bismutito de sodio es soluble directamente en aceite y no siendo hidrolizado después de disuelto, como el yodo-bismutito de sodio, se mantiene inalterable aun después de inyectado, siendo así absorbido y transportado por los elementos del sistema retículo endotelial, cuya conocida avidez por las grasas está notablemente aumentado en los individuos sifilíticos (Poscharysky y Kosunoki).

En trabajo publicado en la revista "Hospital" (Noviembre de 1939), tuvimos la oportunidad de presentar varios e interesantes resultados del meta-yodo-bismutito de sodio en casos de sífilis inicial, secundaria y terciaria. Los resultados obtenidos en estos casos, con la rápida cicatrización de las lesiones y reducción del Wassermann y la comprobación de que en esta sal el bismuto tiene el carácter de "anión", lo cual es considerado por gran número de autores, principalmente norteamericanos, de inestimable importancia en el terreno de la terapéutica de la neurosífilis, nos llevó a hacer la comprobación en las formas más graves de lues nerviosa.

Después de dos años de observación nosotros podemos hoy afirmar que el tratamiento de la neurosífilis por la malarioterapia seguida del meta-yodo-bismutito de sodio, proporciona resultados de los más alentadores, revelándose la nue-

va sal tan buena y en ciertos casos aun mejor que los arsenobenzoles, cuyos óptimos efectos hicimos sobresalir en 1932.

Tomamos como punto de referencia para la comparaci3n, como era necesario, la reacci3n de Wassermann, la cual aun con el tratamiento por la malarioterapia seguida de arsenobenzol todavía resistía durante años.

Vamos a transcribir algunas de nuestras observaciones:

J. A. T.—Ficha n. 5.732—Neuro-recidiva arsenical.

Lesi3n primaria en 1940. En diciembre de ese año se presentó a un ambulatorio donde el examen de la sangre mostr3 una reacci3n de Wassermann fuertemente positiva. En esa ocasi3n inici3 el tratamiento con arsenobenzol, el que suspendió bruscamente después de 9 inyecciones intravenosas.

Un mes después sintió fuerte dolor de cabeza seguido luego de parálisis facial derecha, habiendo prescrito el médico que lo vió entonces, inyecciones de bismuto. En abril fué internado en el servicio de neurosífilis y la punción sub-occipital suministró líquido cuyo resultado fué:

Pleocitosis:	120,0	por mm ³
Albúmina:	0,20	por litro
R. de Mueller	+	positiva
R. de Nonne	+	positiva
R. de Pandy	+	positiva
R. de Weichbrodt	+	positiva
R. de Ross-Jones	+	positiva
R. de Takata-Ara	+	positiva
R. de WASSERMANN	++	FUERTEMENTE POSITIVA CON 0,5 cm ³ .

Sometido a la malarioterapia, fué nuevamente puncionado en junio, antes del tratamiento bismútico, mostrando el exámen del líquido que la reacci3n de Wasserman continuaba **FUERTEMENTE POSITIVA CON 0,5 cm³** aun cuando ya negativas las demás pruebas.

El 3 de julio fue sometido al tratamiento por el meta-yodo-bismutito de sodio (Aniobí) usando inyecciones intramusculares de 2 cm³ tres veces por semana. Un

mes después, el 3 de agosto, después de haber recibido 12 inyecciones, fué nuevamente puncionado y el líquido reveló:

Pleocitosis:	1,6	por cm ³
Albúmina:	0,10	por litro
R. de Nonne	—	negativa
R. de Pandy	—	negativa
R. de Weichbrodt	—	negativa
R. de Ross-Jones	—	negativa
R. de Takata-Ara	—	negativa
R. de WASSERMANN	—	NEGATIVA

Conjuntamente se verificó la completa desaparición de todos los síntomas clínicos.

A. G. P. —Ficha n. 5.674—Parálisis general.

Chancro hace 18 años. Hace 5 años se ha sometido a algunos tratamientos irregulares con sales de bismuto. Los síntomas que caracterizan el cuadro clínico de la parálisis general progresiva datan de un año. En febrero de 1941 se hizo un examen del líquido que reveló:

Pleocitosis:	172,0	por cm ³
Albúmina:	0,10	por litro
R. de Nonne	+	francamente positiva
R. de Pandy	+	positiva
R. de Weichbrodt	+	positiva
R. de Takata-Ara	—	Negativa
R. de WASSERMANN	++	fuertemente
POSITIVA CON 0,2 CM ³		

En el mismo mes (febrero), fué sometido a la malarioterapia, habiendo tenido 8 accesos febriles. Un segundo examen del líquido después del último acceso, el 2 de marzo, proporcionó el siguiente resultado:

Pleocitosis	25,6	por cm ³
Albúmina:	0,10	por litro
R. de Nonne	+	positiva
R. de Pandy	+	positiva
R. de Weichbrodt	++	fuertemente positiva
R. de Takata-Ara	+	positiva
R. de WASSERMANN	++	FUERTEMENTE
POSITIVA CON 0,5 CM ³		

En seguida fue sometido al tratamiento por el meta-yodo-bismutito de sodio (Aniobi), habiéndosele aplicado dos series de 20 inyecciones de 2 cm³, tres veces por semana. Los síntomas clínicos desaparecieron tornándose tranquilo y ponderado.

El 3 de agosto del mismo año fue examinado otra vez el líquido, que se presentó con todas las reacciones negativas, siendo la pleocitosis de 8,0 cm³, la albúmina 0,10 por litro y la REACCION DE WASSERMANN, QUE SE HABIA MANTENIDO FUERTEMENTE POSITIVA ANTES Y DESPUES DE LA MALARIO-TERAPIA, SE HIZO NEGATIVA.

M. P. B.—Ficha n. 5.671—Atrofia del nervio óptico.

Se infectó hace 6 años. De 6 meses para acá notó que la visión estaba disminuyendo, procurando tratarse con especialistas, sin conseguir detener la marcha de la enfermedad, hasta que de un mes para acá quedó totalmente ciego.

El examen del líquido el 19 de enero suministró el siguiente resultado:

Pleocitosis:	24,0	por cm ³
Albúmina:	0,20	por litro
R. de Nonne	+	positiva
R. de Pandy	+	positiva
R. de Weichbrodt	+	positiva
R. de Ross-Jones	+	positiva
R. de Mueller	++	Fuertemente
R. de WASSERMANN	++	FUERTEMENTE
		POSITIVA CON 1,0 cm ³ 0,5 cm ³ y 0,2 cm ³ .

Después de 6 accesos de malaria comenzó el 10 de marzo una serie de 30 inyecciones de meta-yodo-bismutito de sodio (Aniobi).

Un segundo examen del líquido, el 25 de mayo, después de ese tratamiento, suministró el resultado siguiente:

Pleocitosis:	3,2	por cm ³
Albúmina:	0,10	por litro
R. de Nonne	—	negativa
R. de Pandy	—	negativa

R. de Weichbrodt	—	negativa
R. de Takata-Ara	—	negativa
R. de Mueller	—	negativa
R. de WASSERMANN:		NEGATIVA CON
0,2 cm ³ , 0,5 cm ³ y	++	fuertemente con 1,0
cm ³ .		

H. C.—Ficha n. 5605—Parálisis general.

Matriculado en el servicio de neurosífilis presentaba el 6 de octubre, además de todos los síntomas característicos de la enfermedad, el siguiente examen del líquido:

Pleocitosis:	0,2	por cm ³
Albúmina:	0,10	por litro
R. de Nonne	—	negativa
R. de Pandy	—	negativa
R. de Weichbrodt	+	francamente positiva
R. de Ross-Jones	+	francamente positiva
R. de WASSERMANN	++	FUERTEMENTE
		POSITIVA CON 1,0 cm ³ .

Después de la malarioterapia fué puncionado nuevamente y las únicas modificaciones observadas en el líquido fueron sobre la pleocitosis que aumentó a 25,6 por cm³ y la albúmina que ascendió a 0,20 por litro, continuando la REACCION DE WASSERMANN FUERTEMENTE POSITIVA CON 1,0 cm³.

En noviembre inició el tratamiento por el meta-yodo-bismutito de sodio (Aniobi), habiendo sido puncionado nuevamente después de 11 inyecciones de esta sal.

El examen del líquido se reveló entonces completamente normal, con una pleocitosis de 0,0 por cm³, albúmina 0,10 por litro y REACCION DE WASSERMANN NEGATIVA.

Los síntomas clínicos, en los que predominaba el delirio de grandeza, desaparecieron completamente.

Estos resultados colocan el meta-yodo-bismutito de sodio en situación ventajosa sobre los arsenicales para la terapéutica de la neurosífilis, como continuación de la malarioterapia, sin hablar de su fácil manejo, costo y ausencia completa de reacciones peligrosas.

LA SOLUCION
DE SALICILATO
DEL DR. CLIN
SE ADAPTA A TODAS LAS
POSOLOGIAS.

LA ACTIVIDAD DEL
SALICILATO DE SOSA CLIN
QUEDA CONSAGRADA POR LA
FRECUENCIA DE LAS
PRESCRIPCIONES.

REG. N° 7290, D. S. P.

PROD. 1834



HECHO EN MEXICO POR
WALTZ & Cia, S. en C.
BALDERAS N° 132 MEXICO, D.F.

TODAS NEURÁLGIAS REBELDES

SEDACIÓN RÁPIDA
Y ATÓXICA

NAÏALGINE

NAL ESTABILIZADO HIPERACTIVO
inyeccione ~ indolora ~ 20cc por día
en ampolla ~ de
5cc. 10cc. 20cc

EMILE LOGEIS Pharmicien, 24, rue de Silly, BOULOGNE SUR MER, PARIS

"AUTORIZACIÓN 3914 D.S.P."

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 c.c.
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 DR. ZAPATA, S. A.

Av. Insurgentes Núm. 35.

México, D. F.

BETORMON

VITAMINA B₁ CRISTALIZADA (ANEURINA)
Y EXTRACTO DE CEREBRO Y MEDULA

HIPOAVITAMINOSIS B₁, NEURALGIAS,
POLINEURITIS, ETC.

FORMAS DE PREPARACION:

Inyectables,
Para uso por vía oral (ampolletas bebibles)
Comprimidos.

FABRICADO EN LOS

Laboratorios Dr. Zapata, S. A.

AV. INSURGENTES 35

MEXICO, D. F.

Registro No. 22047 D. S. P. Prop. No. 18754 D. S. P.

“El testamento de los incapaces en nuestro Derecho”

Por el Lic. JOSE LUIS RIVERO MARTINEZ

Juez Único Pupilar de la Ciudad de México

En el último número de la REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL, se publicó un artículo por el señor Licenciado Don Gustavo N. Serrano intitulado “Capacidad de Testar de los Enfermos Mentales en momentos de lucidez”; gran mérito tiene este artículo ya que dicho letrado aborda un tema que en otras partes del mundo ha ocasionado debates acalorados por defender diversas tesis, sobre todo, es meritorio hacer estudios Médico Forenses en nuestro medio sobre ellos a pesar de tener una de las tradiciones más bellas en asuntos tutelares, como fué la legislación Española origen de nuestras leyes.

El articulista critica nuestra Ley en su artículo 1038 y siguientes haciendo crítica igual al articulado que traía el Código Civil de 1884, y si bien es cierto que en los artículos de ambos Códigos Civiles, existen notables diferencias ya que el Código actual, fundado precisamente no en la Legislación Francesa sino en la Española, creó un Tribunal especial o especializado, mejor dicho, para los asuntos de los incapacitados que es el JUZGADO PUPILAR, debiendo tener siempre como peritos Médico legistas especializados en la Rama Médica de la Psiquiatría.

El antecedente de nuestra Ley es como va dije anteriormente las Leyes Españolas comenzando desde luego por la

Ley 12 Título I de la VI Partida que a la letra dice: "...al que fuese salido de memoria mientras que fuese desmemoriado..." es decir, que podía padecer una enfermedad mental y que en un estado de remisión podía desde luego otorgar testamento siendo éste legal.

La evolución natural que tuvo este artículo a través del tiempo fué el que quedó codificado en el actual Código Civil de México y cuyo origen tiene las concordancias al Código Civil de García Goyena el cual en esa parte no copió o tomó como fué casi siempre su costumbre puntos de la Legislación lusitana o francesa, sino siguió la gloriosa tradición de nuestra legislación civil española.

En efecto, la Ley es sabia al pedir que el otorgamiento de testamento por un incapacitado, sea con toda la solemnidad de la Ley, declarando implícitamente nulos todos los testamentos que existen como son el ológrafo, el privado, etc. quedando solamente como válido el testamento público abierto.

El objeto de ello es que el incapacitado sea examinado por médicos legistas especialistas en psiquiatría, los cuales digan si se encuentra en un momento lúcido a pesar de que esto no quiere decir que se levante el estado de Interdicción.

En este momento, es bueno definir de una vez cuáles dementes o más bien dicho, cuáles enfermos mentales son los que la Legislación Civil considera incapaces para regir sus actos civiles, es decir, posibles interdictos, ya que el paranoico puede muy bien ser un hombre de provecho como es el caso entre los enfermos mentales de este tipo que han sido inventores u hombres de grandes empresas. En efecto, la Ley Civil considera incapacitados a los que se encuentran en un estado demencial, tomando como demencia fundamentalmente la desintegración, la regresión, hasta la destrucción de su vida mental.

Así que podemos decir que incapacitado civil es el demente, y en éstos, como todo psiquiatra sabe, se producen cambios cerebrales y psíquicos que no son resultados directos e inmediatos de la desintegración, sino fenómenos REFLEJOS y que dan lugar a que la personalidad se acuse intensamente desintegrada, profundamente demencial y que en un momento cualquiera, puede remitir o desaparecer permitiendo que la luz de la inteligencia alumbre de nuevo aquella personalidad.

En esta forma, el problema planteado en esta cuestión Médico Forense, es que los médicos legistas especialistas en

Psiquiatría como el Juez analicen a ese enfermo y como dice *Tamburini* en su libro "Cuestiones Médico-Forenses" relativas a la Parálisis General Progresiva especialmente a la capacidad para testar, hay que tener en cuenta aquella normalidad de conciencia que permite comprender la importancia y las consecuencias de las propias acciones y aquella integridad de voluntad que permite decidirse libremente en las propias determinaciones. Como ejemplo a esto, sería de tomarse en cuenta el que un enfermo que tuviera la delusión mística dejara sus bienes a una orden religiosa.

Los Médicos Legistas pueden muy bien y tomando en cuenta los antecedentes, ver si la voluntad del enfermo ha sido expresada en forma libre, ya que como regla general se puede decir que el débil mental propende a dictar testamentos originales y extravagantes; que el epiléptico, los otorgaría en tal forma simplista y de retraso que no serían de tomarse en cuenta; que el histérico, como siempre se entrega a los odios y a los caprichos, tendría forzosamente en el testamento que dañar a sus víctimas que casi siempre son sus propios parientes; que el delirante perseguido haría testamento en el cual a todas luces trataría con gran disimulo de envolver una venganza; que los enfermos mentales que padecen hipomanía y depresión, tendrían forzosamente que emplear sus fortunas en empresas fabulosas o en satisfacciones de extraños. Asimismo, el Médico Legista ya debe tomar en cuenta que los enfermos arterioescleróticos, todos los días y a las mismas horas son incapaces y en el resto del tiempo se conducen normalmente en todos los actos de su vida.

Como lo he expresado anteriormente, la Ley al exigir el estudio del enfermo en ese momento lúcido en que puede otorgar testamento por médicos legistas, ampara ampliamente a todos los interesados ya que la medicina en su rama de la Psiquiatría se encuentra tan adelantada, que viendo a quien testa y su enfermedad, puede dictaminar claramente si el enfermo está en un momento lúcido o no.

Concluyendo diremos que el testamento de un interdicto, llenando los requisitos que la Ley exige, es tan perfecto como el de cualquier persona que se encuentre en pleno goce de sus facultades, y siendo más perfecto que el testamento de un lóngevo ya que éstos, por su misma debilidad mental, muchas veces hacen testamentos e rínicos.

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

Erie. 13-41-31

Mex. L-76-56

Plaza de la República No. 52

MEXICO, D. F.

CLORHIDRATO DE MORFINA.
BROMHIDRATO DE ESCOPOLAMINA.
SULFATO DE ESPARTEINA.

SEDANTES DEL DOLOR EN GENERAL.

SEDOL

AMPS.

"El SEDOL está sujeto para su venta a las disposiciones legales que rigen sobre productos enervantes y sólo debe usarse por prescripción y bajo la vigilancia médica".—Reg. Núm. 6947. D. S. P. Prop Núm. 2494.

LABORATORIOS THERAPLIX
PARIS - FRANCE

Representantes para la República Mexicana:

ESTABLECIMIENTOS "MAX ABBAT", S. A.

Rhln 37.

México, D. F.

CALUCALSOL

MARCA REG.

VITAMINADO

REMINERALIZADOR • RECALCIFICANTE

ADULTOS

Gluconato de calcio 1.00 gr.
Vitamina D 1000 U I
Agua bidestilada c. b. p. 10 c. c.
Reg. 23636 D S P.

VIA INTRAMUSCULAR o ENDOVENOSA

INFANTIL

Gluconato de calcio 0.50 gr.
Vitamina D 500 U I
Agua bidestilada c. b. p. 5 c. c.
Reg. 23635 D S P.

PREPARADO POR
MANUEL M^o CONTRERAS, 26



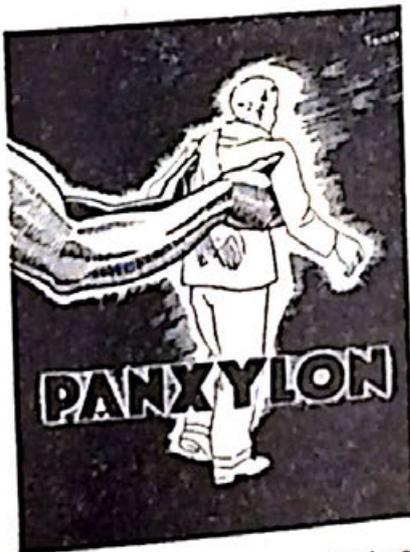
LABORATORIOS TERAPIA
MÉXICO, D. F.

SINERGIA TERAPEUTICA

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

1^o CINAMEINA
(Cinamela Total)

2^o CANFOLINA
(Canforata 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. 8310

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

Dr. Roberto F. Cejudo

TRANSFUSIONES SANGUINEAS

Bucareli, 85.

Teléfonos: 13-34-50 y L-43-74

Dr. Teodoro Flores Covarrubias

RADIOLOGIA, CLINICA Y ELECTRODIAGNOSTICO.

Génova No. 39.

Tels: 14-20-62 y L-72-30

Dr. José Torres Torija

Avenida Madero No. 66.

Mex. J-11-33.

Eric. 12-45-48

Dr. Guido Torres Martínez

Rayos X. Terapia profunda.

Electropirexia

Londres No. 13.

Teléfonos:

Eric.: 14-65-66 Mex.: L-72-68

LABORATORIO MEDICO

DEL DR.

ALBERTO LEZAMA

Regina No. 7.

Teléfonos: 12-60-02 y J-33-06

NOTAS SINTETICAS

Por J. P. V.

PRISIONES CUBANAS

Por lo que leo en el folleto "Reacciones Mentales, Psíquicas y Sexuales en Nuestras Prisiones", que gentilmente envía desde La Habana el Dr. José Chelala, existe una situación de deplorable atraso en el sistema penal y sobre todo en el servicio médico de las principales prisiones de Cuba. No existe allí la uniformidad de adelanto que se observaba en otros países antes de la guerra o la desigualdad que se nota en las cárceles de la mayor parte de las naciones de Europa y América, sino una uniforme situación de atraso, de miseria, de lacras, que probablemente son fáciles de corregir. Inexplicable resulta semejante estado en mi segunda y muy querida patria, cuna de mis ilustres antepasados Enrique José Varona y Manuel Márquez Sterling. No podía esperarse la existencia de cárceles modelos donde ni siquiera las leyes y reglamentos son los que deberían ser, pero tampoco podría imaginarse semejante grado de abyección y tolerancia. Contraste marcado hace semejante situación en un país donde existen personas muy capacitadas, como lo prueba la rama de policología, cultivada por personas entusiastas y bien preparadas, que ya han dado preciosos servicios en hematología, medicina legal, balística, jurisprudencia. . . Por lo visto es el régimen penitenciario el corrompido. Es seguro que los magníficos policías y médicos cubanos, sus competentes abogados y su patriótico Gobierno nacional, pronto remediarán esa situación, que por desgracia también prevalece en muchas otras partes a pesar de los esfuerzos bien intencionados de las autoridades y los especialistas.

OTRO METODO QUE FALLA

Es el de Davidoff y Reifenstein para la esquizofrenia, por medio del sulfato de bencedrina, alternado con el amytal sódico. León Reznikoff (in Amer. J. Psychiat. 98:196-200, sept. 1941), que no se muestra partidario tampoco muy entusiasta de los resultados obtenidos con metrazol, experimentó el método mencionado arriba en 15 esquizofrénicos, considerándolo inferior.

SOCIEDAD MEXICANA DE HISTORIA NATURAL

Se nos comunica la integración de la Mesa Directiva que regirá los destinos de la docta Sociedad en el período de 1942:

Presidente - José R. Alcaraz, Profesor de Botánica en el Instituto N. del Magisterio de Segunda Enseñanza.

Vicepresidente - José Giral, Profesor de Bioquímica en la Escuela N. de Ciencias Biológicas.

Secretario de Actas - Bibiano F. Osorio Tafall, Profesor de Biología en la Escuela N. de Ciencias Biológicas.

Tesorero - Leopoldo Ayala, Profesor de Zoología en el Instituto N. del Magisterio de Segunda Enseñanza.

Protesorero - Morelos Herrejón, Profesor de Ciencias Naturales en las Escuelas Secundarias.

Se agradece la atenta participación al Secretario Perpetuo de dicha Sociedad Prof. Enrique Beltrán.

TERAPEUTICA CONVULSIONANTE

La prestigiada casa Salvat Editores, S. A., de Barcelona y Buenos Aires, nos remite desde España una de las mejores obras de 1941, titulada "Contribución al Estudio de la Terapéutica Convulsionante por Cardiazol en las Enfermedades Mentales", prologada por B. Rodríguez Arias y de la que es autor el Dr. José Pons Balmes, Jefe de Sección del Sanatorio Psiquiátrico de Nuestra Señora de Montserrat (departamento de hombres "San Baudilio") y del Instituto Psiquiátrico Municipal de Barcelona. Decíamos que es una de las mejores obras de 1941, no por su volumen sino por su calidad, ya que además de muy bien editada en cuanto a papel, encuadernación, tipografía y fotograbados, el librito está completamente

documentado y dedica la mayor parte al método de Ladislao Von Meduna, sobre todo por lo que respecta a las lesiones y a las contraindicaciones absolutas y relativas de tan delicado tratamiento. Quien desee tener lo más completo, útil y sensato, en el menor volumen, lo encuentra en este libro de Pons Balmes, abordando con imparcialidad y seriedad, un tema tan debatido y de tanta importancia clínica.

PSICOLOGIA

La tercera edición de la "Psicología" de Honorio Delgado y Mariano Iberico (Lima, Perú, 1941), hermosísimo y utilísimo libro, nada vulgar y muy más científico que muchos otros que gozan de fama, contiene unas cuantas líneas para presentarlo: "Las pocas adiciones que contiene esta tercera edición de *Psicología* tienden, por una parte, a afirmar la doctrina de que la vida psicológica es una totalidad orgánica y, por otra, a definir y precisar la relación entre esa vida y el espíritu, entendido como un mundo de formas y valores intemporales. No pretendemos ofrecer una interpretación perfectamente sistemática de la vasta materia que constituye el objeto de nuestro estudio, pues, al rigor deductivo, a la absoluta coherencia lógica, antepone el respeto con que deben mirarse el misterio, la complejidad y la inagotable riqueza de la vida anímica".

INFORMACION MEDICA BRITANICA

Para la irrigación profiláctica de heridas de cerebro se recomienda el sulfato de proflavina al 0.1 por ciento, en solución isotónica ajustada a un pH de 6.2. (Brit. J. Surg., 28, 472-499, enero, 1941).

En los estudios acerca de las condiciones de tiempos de guerra y la salud mental del niño, llama la atención la extraordinaria resistencia de éste y su flexibilidad de adaptación a situaciones potencialmente amenazadoras (Brit. med. J., 2, 486-488, 4-10-41).

INSULINA POR VIA INTRAVENOSA

El Dr. Maxwell Jones, médico del Hospital de Urgencia en Mill Hill, Londres, habla en *The Lancet* (septiembre de

1940) acerca del tratamiento de la esquizofrenia por vía intravenosa. Llegando a la conclusión de que no existe ninguna ventaja en esta forma de aplicarlo y de que la dosis para producir coma es la misma que por vía intramuscular. Polatin y sus colaboradores en el New York State Psychiatric Institute emplearon la vía intravenosa después de las primeras inyecciones intramusculares, al contrario que en México el Dr. Jorge Pavón, que sensibiliza inyectando primeramente por vía endovenosa y logrando así menores dosis por vía intramuscular, como puede leerse en el número retropróximo de esta Revista. Creemos que este último es el procedimiento más práctico, más clínico y más económico, sin que esto quiera decir que en todos los casos sea el de elección en la insulinoterapia de las enfermedades mentales.

DIVERSOS PUNTOS DE VISTA

De los estudios anatómo-patológicos hechos por Albert B. Sabin y Charles D. Aring en Cincinnati, Ohio, E.U.A., publicados en *The American Journal of Pathology* (17: 469-482, julio 1941) se desprende la necesidad de atender el funcionalismo de las suprarrenales y muchas otras vísceras en el curso de las polineuritis o neuronitis infecciosas.

En el estudio que hacen Arruda Cámara, Marafelli Filho, Iraci Dayle, María de Lourdes Pedroso y Rodrigo Ulisses acerca de la picrotoxina en la terapia convulsionante (*Rev. de Neur. e Psiquiatria de Sao Paulo, Brasil*, 7:153-175, julio-agosto 1941), se presentan puntos de vista diversos e interesantes acerca del modo de acción de la substancia. Unos piensan en su acción sobre el bulbo y la médula; otros creen que actúa principalmente en el área mesencefálica. De todos modos obra como analéptico y los autores recomiendan combinar picrotoxina al 3% con cardiazol al 10%, considerando que la primera coadyuva con el segundo como la anestesia en la intervención quirúrgica.

La psicogénesis del alcoholismo es el punto sugerente que trata Paul Schilder en el *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* (2: 277-292, septiembre 1941), considerando entre otras cosas la importancia de la esfera sexual y del individuo en el medio familiar y en la comunidad.

PROFILAXIA y
TRATAMIENTO
"PER OS"
DE TODAS LAS
ESPIROQUETOSIS
DISENTERIA
AMIBICA
PALUDISMO

POR EL

Stovarsol

TRATAMIENTO
ARSENICAL
DE LOS ESTADOS
DE ANEMIA Y
DE ASTENIA

PRESENTACION

FRASCOS DE 25
COMPRESIDOS a 0'25
FRASCOS DE 70
COMPRESIDOS a 0'05
FRASCOS DE 200
COMPRESIDOS a 0'01

EL EMPLEO DEL
STOVAR SOL
DEBE EFECTU-
ARSE BAJO LA
VIGILANCIA
DEL MEDICO

Reg. N° 10248-0 3 P

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—

MARQUE POULENC FRÈRES & "USINES du BRONZ"
86 rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

EL PODER ANTI NEURÍTICO
Y ANALGÉSICO DE LA
VIT. B. UTILIZADO EN
EL TRATAMIENTO BISMÚTICO
DE LA TABES
POR VIA ORAL E HIPODÉRMICA.



REGISTRO N° 2480 D.S.P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia del médico.

“BISMUTO KÖCH”

El “BISMUTO KOCH” es un Bismuto metálico purísimo en estado coloidal, de granos extremadamente finos, suspendidos en solución isotónica.

El “BISMUTO KOCH” es, hasta la fecha, la forma más científica y racional de los preparados Bismúticos y muy superior a todas las preparaciones de sales insolubles, teniendo sobre éstas, tres ventajas: exacta dosificación, rápida absorción y completa eliminación.

SIFILIS y HEREDO-SIFILIS:
Una ampollita cada tercer día, subcutánea o intramuscular hasta llegar a una dosis de 3 a 5 centigramos según indicación médica, es decir tres a cinco cajas.

Estas curas por el “BISMUTO KOCH” pueden repetirse con intervalos de uno o dos meses durante cinco o seis años, tiempo en que casi siempre se obtiene la curación de la SIFILIS.

Reg. Núm. 17284 D.S.P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

UNICO DISTRIBUIDOR:

DR. MANUEL F. CASTILLO

Manuel María Contreras número 106.

Eric. 16-16-24

MEXICO, D. F.

Otro interesante tema es el tratado por W. James Gardner, de Cleveland (in Archives of Neurology and Psychiatry, 46: 1035-1039), pues se refiere a la inyección de novocaina en el cerebro para localizar el área del lenguaje hablado en los zurdos.

NUEVAS NOTICIAS SOBRE EPAMIN

Comunican los Dres. Félix Frisch y Albert W. Pigett, de Skillman (Nueva Jersey, E. U. A.) que el epamin o dilantina a pesar de ser eficaz contra la epilepsia, enflaquece a los adultos y reduce la proporción de proteína en la sangre. Redujo los ataques de 13 a 1 por mes, pero al mismo tiempo hizo disminuir su peso de 174 a 153 libras; estas cifras son las que corresponden al promedio de los casos estudiados y esta nota aparece en "El Progreso Médico", de Jersey City, Vol. III, núm. 1, febrero 1942.

HOMENAJE A ROENTGEN

El modesto profesor de la Universidad de Wurzburg, a quien tanto debe la ciencia de todos los países, a quien tanto debe la humanidad en tiempos de paz y de guerra, Conrado Guillermo ROENTGEN (1845-1923), es recordado en un número especial de la "Revista de Gastro-enterología" de México (año VI, núm. 35). Nuestro radiólogo Dr. Carlos Coqui dedica unas líneas al descubridor de los rayos X. Que la rama de neurología se una al homenaje, pues ha sido una de las que más se ha beneficiado con los recursos radiológicos. Nunca será superfluo consagrarle unos minutos del pensamiento.

CHOQUES CONVULSIONANTES

La carencia de cardiazol en Bolivia hizo buscar nuevas o parecidas substancias para el tratamiento de la esquizofrenia por choques convulsionantes, encontrando que la Cardio-revina, producto farmacéutico de la fábrica G. C. Sigurta, de Milán (Italia) o sea la Bi-dietilamida-1-2-dicarbobencena a la dosis de gr. 0.10 por cada 2cc de solución fisiológica, produce ataques de tipo epiléptico más intensos que con metrazol.

El Dr. Emilio Fernández, Director del Manicomio Nacional Pacheco, en Sucre (Sección Varones), señala 6 cc como dintel del choque o shock cardiorevinico, en inyección intravenosa rápida de 1 cc por segundo.

EL CREDO ALUCINATORIO DE LA IGUALDAD

Se lee en el Boletín Trimestral (Año III, núm. 3) del Manicomio Nacional Pacheco, de Sucre o La Paz (Bolivia), un artículo del Dr. César Adriazola, titulado El Credo Alucinatorio de la Igualdad, en el cual sostiene la diferenciación como principio cósmico-biológico utilitario, infiriendo la facilidad que existe para muchos abúlicos y frenasténicos en pegarse a la idea de igualitarismo. Por supuesto, y es bueno puntualizarlo en estos tiempos de suspicacias y susceptibilidades hiperestésicas, no trata el autor de convicciones políticas sino de la constatación de leyes naturales. Su punto de mira es elevado, y requiere amplitud de criterio, sin sectarismos. Aquí se recomienda su lectura simplemente como uno de tantos ángulos desde los cuales puede el psiquiatra contemplar ese panorama tan interesante que es la psique colectiva.

PSYCHIATRY

El volumen IV, núm. 4 de la magnífica publicación que lleva ese título y editada por la William Alanson White Psychiatric Foundation, de Washington, D. C. (E. U. A.) (Journal of the Biology and the Pathology of Interpersonal Relations), es especialmente interesante. Son de recomendarse los siguientes estudios: "Elements of Psychotherapy in Navaho Religion", por Alexander H. Leighton y Dorothea C. Leighton. "A Study of Mental Disorder in Ancient Greek Culture", por George W. Kisker. Otro estudio sobre la evaluación psicométrica de Rohrschach. Y, finalmente, debe advertirse que todo el volumen es importante.

JORNADAS NEUROPSIQUIATRICAS PANAMERICANAS

La Tercera Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas tendrá lugar en Buenos Aires, Argentina, probablemente en noviembre de este año, habiendo quedado

constituída la Mesa Directiva Ejecutiva de la manera siguiente:

Presidente: Dr. Nerio Rojas, Profesor titular de Medicina Legal. *Vice-Presidente:* Dr. Arturo Ameghino, Profesor titular de Clínica Psiquiátrica y Dr. Vicente Dimitri, Profesor titular de Clínica Neurológica. *Secretario General:* Dr. Felipe M. Cia, Profesor adjunto de Medicina Legal. *Secretarios:* Dr. Armando Camauer, Profesor adjunto de Clínica Neurológica, Dr. Alejandro Raitzin, Profesor adjunto de Medicina Legal y Dr. Alberto Bonhour, Profesor adjunto de Clínica Psiquiátrica. *Tesorero:* Dr. Luis Cattaneo, Profesor adjunto de Medicina Legal. *Pro-Tesorero:* Dr. Andrés Sein, Profesor adjunto de Medicina Legal.

El Comité Mexicano quedó integrado como sigue:

Presidente: Dr. Samuel Ramírez Moreno, Profesor de Clínica Psiquiátrica y Neurológica. *Vocales:* Dr. José Torres Torrija, Catedrático de Medicina Legal, y Dr. Juan Peón del Valle, Profesor de Higiene Mental y Enfermería Psiquiátrica. *Secretario:* Dr. Jorge G. Pavón Abreu, Profesor adjunto de Clínica Neuropsiquiátrica.

Este Comité radica en México, D. F., calle de Génova número 39, e invita a los especialistas del país, en nombre de la Comisión Organizadora de Buenos Aires, a contribuir al mejor éxito de la Tercera Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, asistiendo a la importante conferencia o enviando colaboración.

PRECEDENTE JURIDICO SOBRE PROPIEDAD DE PLACAS RADIOGRAFICAS

Skinner en "Modern Hospital", va desde 1931, decía: "El enfermo y el médico de cabecera tienen derecho a la opinión del radiólogo, pero no a las placas".

Un comité de la American Roentgen Society asumió la actitud siguiente (diciembre 1914): "Que no se deberá dar el dictamen al paciente a no ser por medio del médico o del cirujano que ordenó el examen; que la visita del enfermo tiene por objeto la consulta o el diagnóstico y no da derecho a las placas o las reproducciones. Estas, en manos de los enfermos, pueden dar lugar a interpretaciones falsas, opiniones confusas, multiplicidad de consejos y malos resultados".

He aquí un fragmento de la resolución tomada por la Radiologic Society of North America (sesión anual, 1920): "Es el sentir y juicio de la Sociedad, que todos los roentgenogramas, placas, películas, negativos, fotografías, calcos y otras evidencias del examen, son propiedad exclusiva del radiólogo que los hizo o del laboratorio en que fueron hechos".

La Corte Suprema de Michigan en 1935 expresó en parte, lo siguiente: ".... el demandante está completamente justificado en oponerse a entregar los negativos de rayos X. Salvo convenio especial, dichos negativos son propiedad del médico como parte del tratamiento. Es bien sabido que no tienen significado para el lego en la materia". (El Progreso Médico, New Jersey, dic. 1941).

DISTINGUIDOS VISITANTES DE NORTE-AMERICA

A mediados de febrero de este año estuvo a visitar la Clínica del Dr. Samuel Ramírez Moreno y el Manicomio General, un psiquiatra de Sacramento (California, Estados Unidos del Norte), el Dr. Aarón Rosanoff.

En la misma época dió importante conferencia en la Sociedad de Neurología y Psiquiatría el eminente Dr. William G. Lennox, de la Universidad de Harvard, sobre epilepsia y ondas cerebrales.

Como puede apreciarse, continúa el intercambio cultural y especialmente neuropsiquiátrico entre México y los Estados Unidos.

DEGENERACION Y DIETETICA

El Dr. D. Mitchell, de Dublin (Irlanda), publica importantes trabajos de experimentación acerca de la desmielinización de las neuronas aferentes en palomas con régimen deficiente en vitaminas termostables de la serie B, es decir, de manera particular la B2. En "Brain", núm. 64, encuentra además de las degeneraciones, algunas relaciones patogénicas de carencia vitamínica en ciertas enfermedades, algunas de dichas relaciones no descritas anteriormente.

PSICOSIS POST-OPERATORIAS

Zaki Ali, de la Clínica de la Universidad de Bel-Air, Ginebra (en los Schweizer Archiv für Neurologie und Psychia-

trie, 47:1-26, 1941), también opina que bajo el título de psicosis post-operatorias se ha englobado una cantidad de padecimientos mentales que no tienen de común más que la cronología. Su estudio es interesante por los tópicos etiológicos y terapéuticos, así como nosográficos, que aborda.

NUEVA PUBLICACION

Se recibió en la Redacción de esta Revista el Núm. 1 del Vol. 1 de una revista de medicina y cirugía llamada "Hospital de Concentración", editada en la ciudad de Torreón (Coahuila, República Mexicana). Esperamos que el grupo de médicos que laboran en el dinámico ambiente norteno logren continuar su publicación con sus importantes contribuciones científicas.

AMERICA CLINICA

Muy interesante el núm. 1, vol. 3 (enero 1942) de esta revista inter-americana de selecciones de medicina, cirugía y especialidades. Por invitación de los eminentes Dres. Castroviejo y Cervantes, de Nueva York, el Dr. Irvin Abell publi-

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"

Antonio Sola No. 58.

Distribuidores:

México, D. F.

IMPORTADORA DE MEDICINAS, S. A.

Av. Chapultepec No. 445

México, D. F.

ca unas líneas dedicadas a Iberoamérica. Trae también notas de la Academia de Medicina de Nueva York, y muy importantes artículos. Se hace referencia al Congreso Internacional de Cirujanos efectuado recientemente en México. Pueden citarse los siguientes trabajos como primordiales: El tratamiento de las heridas de guerra del cerebro, Raquianestesia fraccionada, Comentarios acerca de la cirugía oftálmica, Hallazgo del virus de las poliomielitis en moscas, El tratamiento de la sordera por dispositivos mecánicos. Tipos favorables de tumores cerebrales.

NOMBRAMIENTOS

Los Dres. Samuel Ramírez Moreno y Juan Peón del Valle recibieron, separadamente, la siguiente comunicación fechada en La Plata, República Argentina, el 29 de noviembre de 1941 y firmada por el Presidente y el Secretario de la Sociedad que se menciona, la siguiente comunicación:

"Tengo el agrado de dirigirme a usted, con el objeto de llevar a su conocimiento que la "Sociedad de Psiquiatría y Medicina Legal de La Plata", en sesión especial y por unanimidad de votos de los socios presentes, lo ha designado MIEMBRO HONORARIO de la misma.

"Al comunicar a Usted esa designación, que honra a la Sociedad por su sobresaliente actuación en las disciplinas científicas que ella cultiva, me complace en saludarlo con las expresiones de mi consideración más distinguida"

La docta Sociedad de Psiquiatría y Medicina Legal de la Plata, que cuenta entre sus Miembros Fundadores y de la Comisión Directiva nombres tan ilustres como los de los Profs. y Dres. Loudet, Pelbey, Carratalá, Lozano, Clafardo, Vucetich, y otros tan distinguidos, cuya labor científica es ampliamente conocida, designó los siguientes Socios Honorarios:

DEL BRASIL: Doctores Hilario Veiga de Carvalho, A. Austregesilo, Flaminio Favero, James Ferraz Alvim, Adauto Botelho, Ernani Lopes, A. C. Pacheco e Silva, Enrique Roxo, Leonidio Rebelro, Heitor Carrilho, Afranio Peixoto, Mirandolino Caldás y Pedro Nogueira.

DEL PERU: Doctores Honorio Delgado, J. Oscar Trelles, E. Fernández Dávila, Carlos Barbaren, Baltasar Caravedo y Federico Sal y Rosas.

DE MEXICO: Doctores Mario Fuentes, Manuel Guevara Oropesa, Juan Peón del Valle y Samuel Ramírez Moreno.

DEL URUGUAY: Doctores Isidro Mas de Ayala, Antonio Sicco, Camillo Paysee y E. García Austt.

DE CUBA: Doctor Israel Castellanos.

DE CHILE: Doctores A. Vivado O., Víctor Arroyo A. y Manuel Francisco Beca.

DEL ECUADOR: Dr. Julio Endara.

DE PORTUGAL: Doctor Luis de Pina.

INTERNADO BINET

CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL

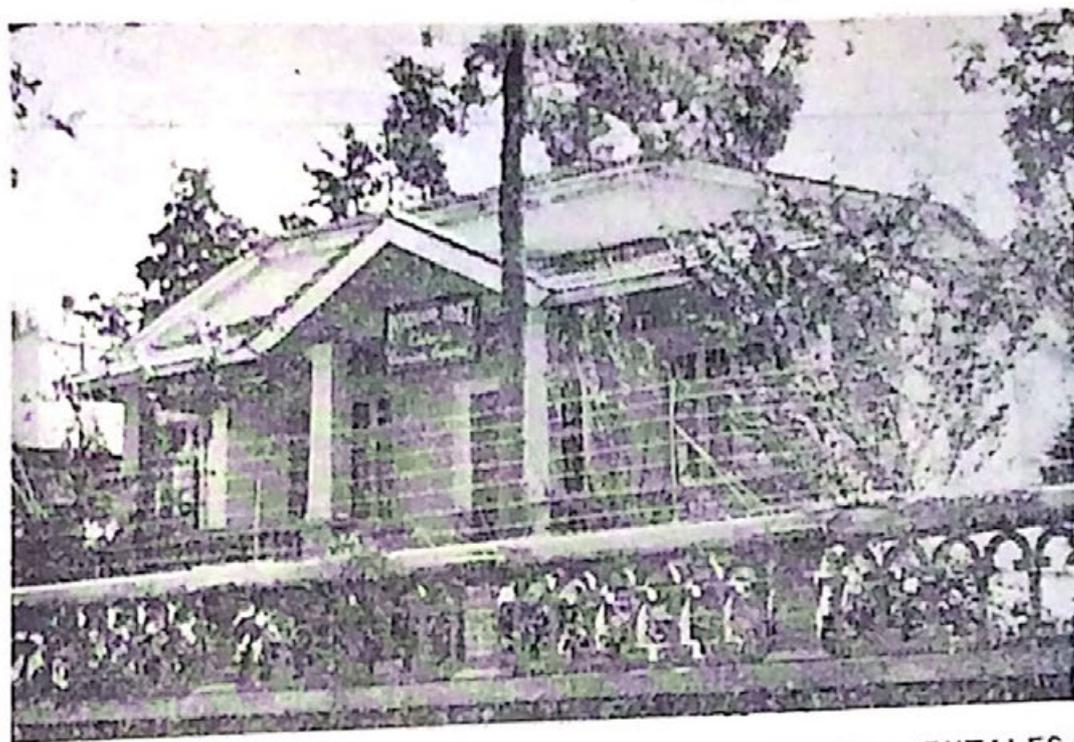
Tratamiento Endocrino y Neuro-Psiquiátrico

EXCLUSIVO PARA NIÑOS Y NIÑAS

Av. Juárez No. 140.

Eric. 19-56-49

Coyoacán, D. F.



DIAGNOSTICOS CLINICOS — ESTUDIOS ESPECIALES MENTALES
Y PEDAGOGICOS — TRATAMIENTO MEDICO PSICO-PEDAGOGICO

Todo el personal técnico está especializado

Director: DR FRANCISCO ELIZARRARAS G.

Secretaría: Señorita profesora Lilia Alfaro.

PERSONAL MEDICO:

Psiquiatría: Dr. Francisco Núñez Chávez.

Endocrinología: Dr. Armando Peshard.

Neurología: Dr. Francisco Elizarrarás G.

Oto Rino-Laringología: Dr. Fernando Meléndez.

Oftalmología: Dr. José Carlos Fernández Mc.Grégor.

Odontología: Dr. Enrique Encinas Vélez.

Pediatría: Dr. Jorge Muñoz Turnbull.

Cirugía Niños: Dr. Roberto Portillo Gómez.

Laboratorio: Dr. Alberto Lezama.

Laboratorio Psicotecnia: Profa. Soledad Crail Royes.

PERSONAL PEDAGOGICO: Jefe: Profesor Miguel Huerta Maldonado.

Profesoras: Carmen Romo, Lilia Alfaro, Josefina Saloma,
Laura Alva Iniesta.

ACTIVIDADES ESPECIALES

Sritas. María Cristina Lechuga y Elisa Catzin Besserer.

Administración: Sres. Claudio Beltrán W. y David Rangel.

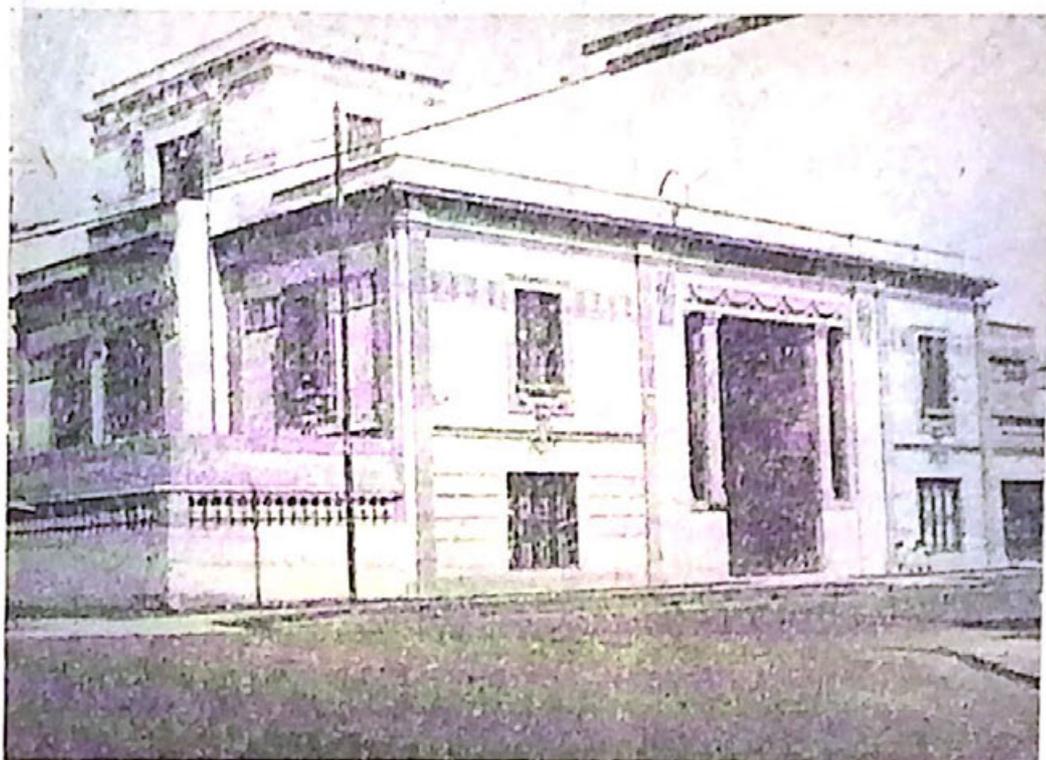
Clínica Neuropsiquiátrica "Dr. Samuel Ramírez Moreno"

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

Génova Núm. 39

México, D. F.

Teléfonos: L-72-30 y 14-20-62



DIAGNOSTICOS CLINICOS, ESTUDIOS DE GABINETE
Y LABORATORIO, TRATAMIENTOS ESPECIALES

Director: Dr. Samuel Ramírez Moreno.

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

Neurocirugía: *Dr. Conrado Zuckermann.*

Clínica interna: *Dr. Roberto Llamas.*

Laboratorio médico: *Dr. Alberto Lezama.*

Gabinete de Neurobiología: *Dr. Teodoro Flores Covarrubias.*

Electropirexia: *Dr. Guido Torres Martínez.*

Hematología y transfusiones: *Dr. Roberto Cejudo.*

Oftalmología: *Dr. Luis Sánchez Bulnes.*

Odontología: *Dr. Manuel Villalpando Moreno.*

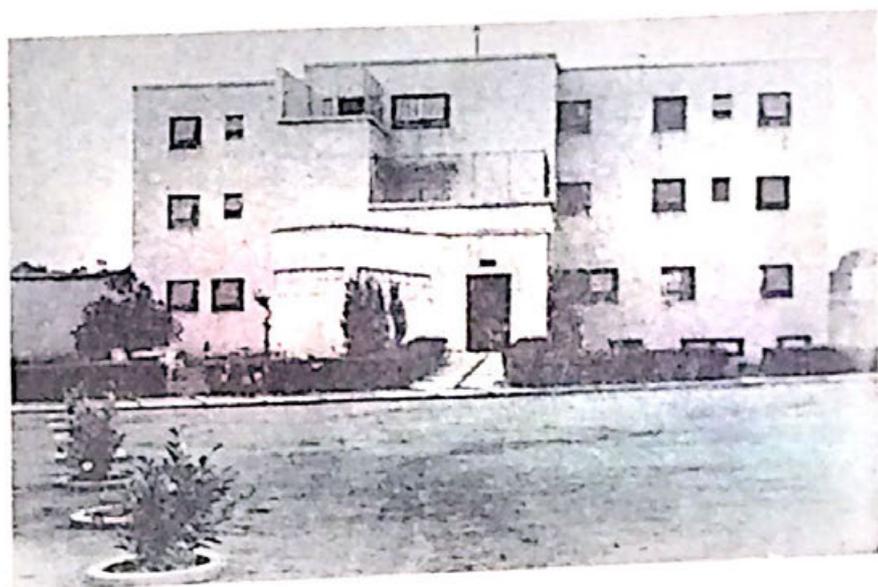
Metabolismo basal: *Dr. Luis Gaytán.*

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.
Tels.: F-06-50 y 15-50-59



Director:

Dr. Samuel Ramírez Moreno.

Jefe del Servicio Neuropsiquiátrico:

Dr. Juan Peón del Valle.

Médico Interno:

Dr. Jorge Pati6n.

Todo el Personal Especializado.