

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL



SUMARIO :

¿QUE RELACION EXISTE EN LA PERSONA,
CON RESPECTO AL SENSUALISMO Y LA
APETENCIA POR LOS ALCALOIDES? —
Por el Dr. Leopoldo Bard.

PSICOCIRUGIA.—*Por el Dr. Manuel Velasco
Suárez.*

ALIENISTAS Y NEUROLOGOS AMERICA-
NOS CONTEMPORANEOS.—*Por el Dr. Sa-
muel Ramírez Moreno.*

NOTAS SINTETICAS.

ORARGOL

Complejo COLOIDAL de PLATA y ORO

ANTI-INFECCIOSO GENERAL

ORARGOL INYECTABLE, ampolletas 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 endovenosa 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 AMICROS
64 Blvd. V. Hugo, Clichy, pres Paris, Francia.

Representantes exclusivos:

ESTABLECIMIENTOS LAUZIER, S. DE R. L.

Av. Chapultepec, 276.

MEXICO, D. F.

Apartado 399

VITAMINA

B₁

"HORMONA"

Simple..... 0.02 gr.

Fuerte..... 0.05 gr.

Extrafuerte..... 0.25 gr.

a precios razonables.

NEUMOPIRIDINA "HORMONA"

20 tabletas de 0.50 gr. de Sulfopiridina.

LABORATORIOS HORMONA, S. A.

Laguna de Mayrán, 411

México, D. F.

ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT, S. A.

Rhin No. 37.

México, D. F.

Lista de sus principales productos con los precios al público en el D. F.

Algocratine	\$ 2.10	Gynoplax	\$ 3.80	Nuclearsitol	\$ 5.83
Anegrine	4.30	Hemotonine	5.66	Panglandine	5.75
Arhemapectine	5.14	Inmunizols	6.28	Parulcine	8.10
Bálsamo de la Ma- ternidad	2.43	10 Estafilococías		Salycil Na	4.61
Bismuth-Desleaux.	5.56	11 Apendicitis		Sedol	6.28
Bismuthoidol	6.94	18 Uretritis		Septoplax	3.04
Canfoseptyl	4.44	22 Tifoidea		Spasedol	6.28
Citrosodine	3.88	31 Antipiógeno.		Strychnal	5.22
Dermoplastol	6.72	41 Metritis		Supponeryl	3.57
Distrolab	4.48	50 Otitis		Suppo Sedol	6.28
Elixir de Virginia.	4.50	Iodamelis	4.44	Terpoflor	3.88
Fosfo Strychnal	4.23	Iodone	5.27	Theobromose	6.22
Glesol	5.51	Kipsol	1.71	Thiofene	5.56
		Lantol	6.27	Valerianato Pierlot	3.98
		Nevrosthénine	3.83	Veronidia	4.77

“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.

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 endocrinas. Hiperexcitabilidad o labilidad constitucional del sistema nervioso.

FORMULA:

Cada grajea contiene:

Lipoides 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

Fascos de 80 Grajeas.

Dosis: de 6 a 10 grajeas al día.

CARLO ERBA DE MEXICO, S. A.

Barcelona, 26.

MEXICO, D. F.

Apartado 1837

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.

México, D. F.

EN TODA CLASE DE DOLORES



DILAUDID

«KNOLL»

Preparado de morfina perfeccionado.

Fortificación del factor antidoloroso a costa del eufórico resp. narcótico. – Tolerancia perfecta (sin marcada inhibición del peristaltismo). Acción constante y más enérgica que en la morfina.

Ampollas:

Cajas de 4 ampollas
de 0,002 g.

Tabletas:

Tubos de 10 tabletas
de 0,0025 g.

Registro n.ºs 12280 y 12353. – D. S. P. – Prop. n.º 1646. – Este producto está sujeto para su venta a las disposiciones legales que rigen sobre productos enervantes y sólo debe usarse por prescripción y bajo vigilancia médica

Oficina Científica "Knoll"

Apartado 8616

México, D. F.



REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

DIRECTOR:

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

JEFE DE REDACCION:

Dr. JUAN PEON DEL VALLE

PUBLICACION BIMESTRAL

VOLUMEN IX. NUM. 54 1o. DE MARZO DE 1943 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

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-Endocrinología: Dr. Fernando Ocaranza. Histología del Sistema Nervioso: Prof. I. Ochoterena. Psicopedagogía: Dr. Lauro Ortega. Criminología: Dr. José Gómez Robledo. Neuro-Cirugía: Dres. Conrado Zuckermann y Darío Fernández. Higiene Mental: Dr. Fernando Rosales. Psiquiatría Infantil: Dr. Manuel Neimann. Paludoterapia: Dr. Luis Vargas. Toxicomanías: Dr. Juan Peón del Valle y Varona. Terapéutica del Sistema Nervioso: Dr. Antonio Tena. Neurología Ocular: Dr. Raúl A. Chavira. Fisioterapia: Dr. Guido Torres Martínez. Laboratorio: Dres. Luis Gutiérrez Villegas y Alberto Lezama. Psiquiatría Jurídica: 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 León: Dr. Manuel Camelo. Oaxaca: Dr. Fernando Bustillos. Puebla: Dres. Ignacio Rivera Caso y Gustavo Domínguez V. Querétaro: 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. Yucatán: 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 Dr. Julio R. Obiglio. Brasil: Dres. Plinio Olinto, Heitor Peres, José Mariz, José Lucena y Armando Neves. Cuba: Dr. Manuel Galigarcía. 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. Waraich, 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. Emilio Lacayo. Perú: 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.

¿Qué relación existe en la persona, con respecto al sensualismo y la apetencia por los alcaloides?

Por el Dr. LEOPOLDO BARD.

Docente Libre en Higiene y Medicina Social. — Buenos Aires, Argentina.

Es esta una de las preguntas que yo considero más importante en la encuesta que he realizado, en la que han formulado respuestas eminentes autores. Se trata de un aspecto del problema de la toxicomanía, donde se formulan las opiniones más dispares.

El profesor Sixto de los Angeles es terminante en su apreciación sobre la relación entre el sensualismo y la apetencia por los alcaloides, señalando el hecho que, "salvo en lo que se relaciona con los alcaloides o drogas afrodisíacas, el sensualismo no puede hallar en los alcaloides el estímulo deseado. El supuesto goce voluptuoso de los intoxicados puede existir, sin embargo, durante el corto período de exaltación, pero con carácter puramente psicológico, que pronto se disipa y se transforma en depresión, embotamiento de los sentidos e impotencia."

Yo he investigado cuidadosamente en sujetos con apetencia por distintos tipos de alcaloides, si era exacta la relación que algunos autores establecen, entre el sensualismo que se exagera bajo la acción de los alcaloides y, francamente, me he encontrado que solamente esto podía ser exacto en la iniciación del vicio y en toxicómanos que además de su apetencia

por los alcaloides, son alcohólicos o están afectados por alguna neurosis sexual.

En ciertas mujeres y hombres de vida deshonesta puede observarse que el problema sexual es para ellos una preocupación constante, que muchos de ellos han llegado a la impotencia, y que es posible que en sujetos de esta clase las primeras dosis produzcan un ligero despertar de la sexualidad, pero al cabo de muy poco tiempo la impotencia vuelve a presentarse y con carácter más acentuado—se realiza, entonces, un verdadero círculo vicioso—: el toxicómano recurre cada vez a dosis mayores y la impotencia se acentúa cada vez más; mi observación es que, en este sentido, la heroína es el alcaloide que produce una impotencia más rápida y acentuada.

Para el profesor A. Cazzaniga no existe una relación entre el problema sexual y la apetencia por los alcaloides.

Yo coincido con la opinión de A. Barbé, que es muy raro que un toxicómano observe un comportamiento sexual normal—para Barbé el apetito por los alcaloides es una desviación sexual, siendo este término tomado en su más amplia acepción.

W. Neutre, en un libro publicado en el año de 1923, titulado: "Morphinismus und erotismus" (Leipzig) dice: "lo fundamental es la capacidad en potencia del sujeto, para llegar a morfinista. Serlo o no, resultaría invariablemente un efecto. Lo básico es un deseo vehemente, del cual el instinto sexual no representa sino una válvula, uno de tantos modos de satisfacerlo."

El deseo imperioso, impaciente, trepidante, puede enfrentarse con la realidad de dos modos distintos:

a) Procurando dominarla y transformarla en manantial de goce.

b) Sometiéndose al ambiente, convirtiendo esta esclavitud en placer.

Neutre llama pasión a la tendencia del deseo de goce a fijarse. Existen pasiones al margen de toda acción tóxica: amor, erotismo; y pasiones ligadas a la administración de tóxicos: morfinismo. Si la ventura somática de trama erótica resulta inaccesible, el morfinismo puede constituir un sustitutivo morboso.

En muchos casos, el tratamiento eficaz de la morfinoma-

nía requiere el hallazgo de planos menos peligrosos que el alcaloide del opio, sobre los cuales poder fijar la pasión.

Redó admite un "orgasmo farmaco-tóxico" cuya clave sería la eliminación del aparato genital, actuando sobre los órganos centrales, ya que en fin de cuentas, la mayoría de las veces, el obstáculo al placer radica en los órganos periféricos.

H. Kahle hace intervenir en esta importante cuestión de la morfina, como sucedáneo del placer sexual, al sistema nervioso de la vida vegetativa.

La opinión de un autor tan eminente como César Juarros, que la morfina aplaca la excitación erótica, disminuyendo el tono simpático, es un hecho real que yo he observado, pero no es igual para los distintos alcaloides que utilizan las personas que se "dopan"—lo que establece Juarros—que los morfinómanos de uno y otro sexos acusan pérdida de la libido y las morfinómanas, empobrecimiento y hasta suspensión de las reglas, es un hecho real, que yo he comprobado y publicado hace muchos años—además—el tratamiento hace que esto se modifique y en los morfinómanos curados, la libido resurge, con la misma caracterización que tenía el toxicómano antes de su enfermedad, lo mismo en el hombre que en la mujer, volviendo a perder la libido, si el sujeto reincide en el mal. En los toxicómanos que recidivan, la libido tiende a desaparecer, para no volver, aunque el sujeto vuelva a curarse.

Según la opinión de Kielholz en su trabajo: "Alcoholismo, dipsomanía y psicoanálisis" en los alcoholistas, se acude al alcohol como medio de paliar los desacuerdos entre el Yo Ideal (super Yo) y el Yo Real—a este concepto, Juarros señala, que según él, en los morfinómanos ocurre lo propio—yo considero que esto es más una concepción teórica que real—no puede discutirse que la morfina es un anafrodisíaco—el dipsómano es un impulsivo que bebe periódicamente.

Yo he observado muchos toxicómanos que han tenido un comportamiento sexual normal—a mi juicio, considero que es exagerado lo que sostiene Barbé, respecto a la rareza del comportamiento sexual en un toxicómano—éste constituye una característica en ciertos toxicómanos que ya tenían, antes de ser tales, perversiones sexuales de distinta índole; ellos sufren, en estos enfermos, una exacerbación.

El profesor W. F. Reuter (de Viena) al responder en la encuesta, sobre este aspecto del problema de la toxicomanía,

señala que "personas sumamente sensibles, en quienes ya pequeños dolores despiertan disgustos, generalmente son psicopáticos, y tienden a la toxicomanía. El *libido sexualis* es apaciguado por la mayoría de los tóxicos, especialmente en la administración crónica. En la embriaguez de cocaína, repetidas veces se ha podido observar una perversión del instinto sexual."

No puede aceptarse que una persona muy sensible, por el hecho que pequeños malestares les despierten dolores más o menos agudos, son psicópatas y tienden a la toxicomanía—si así fuera, no habría en el mundo sino psicópatas—, y eso no es exacto, y se encontraría toxicómanos por todas partes, lo cual es exagerar enormemente. También el profesor Reuter dice haber observado en los cocainómanos, una perversión del instinto sexual. Lo que yo he observado en cocainómanos y heroínómanos, especialmente, es que en el hombre, la erección es incompleta, es insuficiente para que pueda realizarse el coito normal—a medida que el proceso de la enfermedad avanza, la erección es nula; además de ello, la secreción no se realiza. Cuando ello ocurre, en muchos casos, los toxicómanos recurren a las prácticas sexuales anormales, y a pesar de ello, existe una atenuación de la sensación voluptuosa; el orgasmo venéreo parece haber desaparecido, lo que provoca en estos toxicómanos una verdadera neurosis.

En los toxicómanos suele ocurrir lo que pasa en algunos neurasténicos, en los que como señala Maurice de Fleury—el desequilibrio emotivo se traduce por una inhibición y la falta de realización del acto genital impresiona a los psicópatas de maneras muy diferentes. En algunos casos, en toxicómanos cuyas dosis no son muy exageradas, en los que el acto sexual se realiza con más o menos dificultad, ello les produce un agotamiento muy grande, una tristeza, mal humor, parece como si sintieran repugnancia por el acto sexual realizado, que antes de realizar han sentido verdadera ansia de consumir.

En algunas mujeres toxicómanas, especialmente en cocainómanas y heroínómanas, se puede observar que la atracción por la *libido* se exagera, cuando la apetencia por el alcaloide se inicia; pareciera que la pasividad aparente se transformara en una actividad desenfrenada.

Algunas mujeres toxicómanas que hemos observado presentaron esta característica que no deja de ser singular. An-

tes de ser toxicómanas, solamente tenían deseos sexuales a veces violentos, antes, durante y después de la menstruación; el impulso sexual era atenuado en el resto de la época que no tenía relación con el período mensual. Una vez que la mujer llega a ser toxicómana, el impulso sexual se exagera en el comienzo de la intoxicación, se exagera no solamente alrededor de la época menstrual, sino fuera del período mensual.

Jean Coctean escribe en "Opio", diario de una desintoxicación, un aspecto del problema que estamos comentando, relacionado con la acción del opio, sobre el impulso sexual; dice así: "Si el despertar de la privación de opio se produce en el hombre de una manera fisiológica, determina, sobre todo, en la mujer, síntomas morales. En el hombre la droga no adormece el corazón; adormece el sexo. En la mujer, despierta el sexo y adormece el corazón".

En un artículo que publiqué en los "Archivos de Medicina Legal"—Julio-Agosto del año 1942—he destacado en un capítulo: "Las causas endógenas de la apetencia de los alcaloides", aspectos muy interesantes, sobre todo, en su relación con la parte sexual de este problema—señalé las opiniones de Kahle, de Frankel, Juarros, Schrenk, Notzig, Guillon, Krafft-Ebing, Moll, Fere, Mira y López, Lewin, Krainik—. En ese artículo comenté la opinión de autores tan eminentes como éstos, en esta materia, en la que no coinciden en su apreciación sobre la importancia endógena del problema de los factores que concurren a la difusión de la toxicomanía—destaqué también, una opinión concluyente en esta materia.

Cabe señalar que mientras el profesor Block (Bélgica), dice "no me parece que exista relación entre la sensualidad y el gusto por los tóxicos, salvo, muy indirectamente, por el temperamento", el profesor Bohnenkamp (Alemania), señala apreciaciones tan distintas como la que sigue: "La toxicomanía tiene su origen en el impulso de la vida. Referente a la sexualidad, se puede comprobar una insuficiencia declarada o no declarada, especialmente con cocaína".

En cambio, el profesor A. C. Pacheco y Silva (Brasil) una autoridad eminente en esta materia, señala que: "Existe, indudablemente, cierta relación entre la exaltación afectiva o sensualismo y la apetencia para los alcaloides. La mayor parte de los toxicómanos que he tratado son hiperemotivos, dotados de sensibilidad artística y gran excitación sensual."

La observación de los toxicómanos es un capítulo realmente curioso, no solamente por la forma tan distinta que actúan los alcaloides, sino también porqué médicos muy distinguidos suelen apreciar equivocadamente, lo que es un toxicómano. No se puede confundir el tipo del toxicómano que suelen describir autores eminentes en libros y revistas del extranjero, con el toxicómano que se observa en nuestro país; aun en los toxicómanos que pululan en nuestro ambiente, no es comparable el que vive como elemento de la "mala vida", con tantos otros tipos de toxicómanos cuya vida se desliza en medios totalmente distintos; hablar de los toxicómanos como elementos del vicio, del hampa, es señalar solamente los catalogados por la policía en sus prontuarios, pero eso no es, sino una parte mínima del problema. El hecho de encontrarse en alguna oportunidad en los antecedentes de un invertido sexual, que es toxicómano, no significa, ni que la toxicomanía guarde una relación íntima con etiología de la inversión sexual, ni tampoco que el hecho que la inversión sexual que puede figurar en los antecedentes del mismo, pueda haber gravitado en su apetencia por los alcaloides.

Yo he visto muchos toxicómanos que son hiperemotivos y he visto muchos que no lo son—los hay dotados de una sensibilidad artística, como dice Pacheco y Silva—y con gran exaltación sensual, y los hay que tienen características totalmente diferentes.

Psicocirugía

Por el Dr. MANUEL VELASCO SUAREZ

(Fellow en Neurología y Neurocirugía)
(George Washington University Hospital)
WASHINGTON, D. C. — U. S. A.

Las dos grandes corrientes, psicológica pura y organicista, que se han empeñado en la explicación de los fenómenos anímicos, sólo lo han logrado de manera unilateral y ahora encuentran satisfacción en algunos de sus conceptos y distracción definitiva de otros, con la nueva era terapéutica de las psicosis, que concede lugar muy distinguido a la cirugía cerebral. Ha emergido de un eclecticismo racional, evita discusiones y favorece la marcha de las investigaciones psicoquirúrgicas.

El tratamiento quirúrgico de los desórdenes mentales viene al cerebro después de haber recorrido otras rutas y pasado por otros órganos, a los cuales se creyó responsables de tales trastornos: tiroides, útero, ovario, testículos, suprarrenales, etc., han sido mutilados o extirpados muchas veces, porque se les supuso valor causal en algunos trastornos psiquiátricos.

Nadie niega la importancia que las secreciones internas tienen en la vida mental del ser humano, así como que el cerebro es el sitio donde radican los elementos que hacen posibles las manifestaciones anímicas.

Ya la localización cortical de las zonas del lenguaje, por ejemplo, dió fundamento orgánico al concepto funcional de la expresión, y así fué posible observar que las lesiones que envuelven los centros post-rolándicos, influyen más en la comprensión que en la articulación de la palabra, y por qué las

que radican en la parte posterior del giro temporal superior izquierdo o en el giro angular, producen sordera o ceguera verbal, respectivamente. Se encontró una base motora y otra sensorial para la afasia.

Posteriormente y ya con varias tablas de localización cerebral, BURCKHARDT inicia el tratamiento operatorio de las alucinaciones auditivas presentes en seis esquizofrénicos —resecando pequeñas porciones sensitivas de cortex post-central, temporal y parietal izquierdos (1890).

Todo esto habla ya de la aparente exquisita exactitud en la determinación de los centros motores y sensoriales, áreas de Broca, zonas de Campbell, mapas de Brodmann, etc. Sin embargo, debemos tener presente que hemos llegado a su conocimiento a través de su psicopatología y porque no obtenemos lesiones puras, aceptamos su asociación, y así se ha orientado la investigación de sus relaciones estructurales.

Sobre los mismos cimientos, acerquémonos ahora a los complejos procesos de la más alta función cerebral, a aquellos que rigen la expresión, el gesto, la conducta y la personalidad. Aceptamos que estamos lejos de encontrar su strato anatómico a las actividades del espíritu, pero sabemos que existe conexión determinada entre ciertas formaciones cerebrales y bien conocidos aspectos de la actividad mental.

Desde mucho tiempo atrás ha sido un hecho de observación común para neurólogos y psiquiatras, que las lesiones del lóbulo frontal, cualquiera que sea su índole, influyen en la personalidad del paciente. Tumores, traumas, infartos, reblandecimientos, abscesos y cualquier patología de localización frontal, dará siempre elementos bastantes para juzgar del cambio en las reacciones emotivas y en la conducta.

Ahora bien, si tales cambios, perfectamente valorados, acusan serias modificaciones en la apreciación de los estímulos emocionales y de la ideación, tenemos que concluir que esta región más anterior y predilecta del encéfalo, juega importante papel en el registro de esa experiencia.

Resultaría oficioso aceptar que así como existe un área 17 en la corteza occipital, por ejemplo, correspondiente a las proyecciones ópticas, así también existan en el cortex prefrontal, centros bien individualizados de la emoción, de la imaginación y de la inteligencia (?); pero sí debemos conceder que la estrecha relación entre el "centro de la información talámi-

ca, cuya función concierne con los elementos afectivos, de protección y factores no discriminativos de la sensación" y la extensa superficie de las circunvoluciones frontales, encierra gran parte de ese basamento orgánico en el que se llevan a efecto los complejos procesos mentales, que tienen definitiva influencia en el temperamento y conducta personales.

En el II Congreso de Neurología reunido en Londres en 1935, como un resultado del "simposium" en lóbulo frontal, fueron revisadas las delimitaciones anatómicas, relaciones estructurales, arquitectura histológica y fisiopatología de esta región. Sin embargo, en varios de esos capítulos todavía hay mucho por confirmar y más por descubrir.

KLEIST, CLAUDE, BARRE, DELMAS, MARSSALOT, GOLDSTEIN, DONAGGIO, BRICKNER, FULTON, TACOBSEN, MARGARET, KENNARD y otros, han colaborado de manera valiosa en el estudio de la porción más anterior del cerebro y la construcción de su conocimiento actual va siendo magníficamente dirigida gracias a los trabajos de MONIZ y muy especialmente de FREEMAN y WATTS, ahora líderes de la psicocirugía.

La región prefrontal comprende la parte encefálica que está por delante de la zona pre-rolándica-motora. Sus conexiones estructurales más importantes están representadas por: a) las fibras blancas que pasando de un hemisferio a otro, forman a esta altura la parte más anterior del cuerpo calloso y dan valor de equivalencia a las zonas cuya relación establecen; b) fibras "arcuatas" o asociaciones en forma de U que unen las diferentes circunvoluciones frontales entre sí y con las de su vecindad; c) el Fasciculus Cinguli, representado por fibras que circundan el cuerpo calloso cerca de la línea media y puede ser seguido abajo del giro cinguli en el área subcallosa del lóbulo frontal, viéndosele perder en la profundidad del lóbulo temporal; d) el Fasciculus Uncinatus, compuesto por fibras que, rodeando la boca de la cisura silviana, unen la porción orbitaria del lóbulo frontal con el polo del lóbulo temporal; e) Fascículo longitudinal superior, formado por un grupo indefinido de fibras que corriendo en pleno centro de ambos hemisferios, son atravesadas por la cápsula interna, en una dirección y en otra, por las fibras del cuerpo calloso. Estructuras semejantes están representadas por los fascículos occipitofrontales, superior e inferior; f) Radiación Talámica anterior, representada

por un haz de fibras que va del núcleo medio lateral del tálamo a la corteza frontal. En secciones horizontales del cerebro, aquellas que pasan por la cápsula interna ponen de manifiesto ese grupo de fibrillas que forman su extremo anterior y corren horizontalmente hasta alcanzar el núcleo medio dorsal del tálamo por un lado y el cortex del polo frontal por el otro.

Los estudios de *Flechsig* han demostrado que estas proyecciones tálamo-frontales se mielinizan al mismo tiempo que las temporales y occipitales, y mucho antes que las fibras de asociación frontal.

Walker ha demostrado que el núcleo dorsal medio del tálamo degenera cuando es seccionado el polo frontal y que al mismo tiempo hay reacciones de degeneración anterior de la cápsula interna. Así pues, el pedúnculo talámico anterior está formado por fibras centrífugas y centripetas, que colocan al cortex en posición de centro y periferia.

Revisadas estas bases de asociación anatómica, recordamos que entre las funciones del tálamo no sólo figura la recepción de todos los impulsos sensoriales, sino que muy probablemente es el órgano al que toca dotar con "tono emocional" a esas sensaciones y, como dice el profesor *Freeman* acerca de las teorías de *Herrick*... "resulta atractiva la hipótesis que habla de la carga afectiva que llevan consigo las ideas por virtud de la actividad talámica" ... En consecuencia, el núcleo dorsal medio del tálamo, por sus conexiones con el cortex cerebral, podrá proveer de tono afectivo a un gran número de experiencias intelectuales, y a través de sus conexiones con el hipotálamo, dar expresión a estos sentimientos voluntaria e involuntariamente.

Las áreas celulares de la región prefrontal asociadas al tálamo, que conciernen principalmente con los valores individuales del temperamento, incluyen las áreas 9, 10, 11, 12 y 45 en el aspecto lateral de ambos hemisferios, y el girus cinguli en el aspecto medio y que comprende las áreas 24, 32 y 33. Estas zonas son las últimas en mielinizarse (*Flechsig*) y su función nos lleva a juzgar de la progresiva consistencia mental que adquiere el niño, a medida que estas zonas van siendo capaces de registrar los hechos de experiencia ideacional y vida emotiva, que siempre marchan juntos, como lo establece *Bumke*, cuando dice... "no existen sentimientos sin una base intelectual, ni ideas sin un fondo afectivo."

Cualquier detención en el desarrollo de estas áreas celulares o de sus medios de conexión talámica, significará un obstáculo en la integración funcional indispensable para la formación de la personalidad, y cuando ya formadas, en el adulto, cualquier lesión que comprometa su integridad acarreará modificaciones más o menos serias y a veces cambios totales en las reacciones temperamentales y afectivas. Toda una serie de trastornos psíquicos han sido imputados a la patología de la región prefrontal; sin embargo, existen algunas discrepancias en su interpretación. Para *Kleist*, se trata principalmente de... "defectos de ideación, incapacidad de apreciar situaciones e insuficiencia de comprensión." *Lhermitte* dice que la facultad de apreciación de juicio ético y estético y el utilitarismo están conservados, pero hay pérdida del poder para emplear estas facultades. *Choroshko* habla de la disminución de la atención y anomalías de la conducta (acciones sin motivo). Para *Baruk* y *Alajouanine* existen trastornos del humor y del carácter, puerilismo y moria; trastornos confusionales, como torpeza y lentitud de ideación, onirismo y trastornos de la orientación espacial.

Se ha hablado también de trastornos psicomotores, como "ataxia frontal", fenómeno de la perseveración tónica, de la apraxia ideomotriz, de trastornos de la palabra, de animia, de retardo en la iniciación del movimiento, etc. Sin embargo, parece ser que a estos últimos fenómenos corresponden las zonas motoras exclusivamente, y *Claude Vincent*, entre otros, ha enfatizado que la ablación de los lóbulos frontales por delante de esas zonas no acarrea trastorno alguno.

Todo lo anterior da alguna idea de la complejidad del problema, que cuenta ahora con una nueva fuente de luz en la "leucotomía prefrontal", de la que no es posible hablar sin citar a *Egaz Moniz*, quien fué el primero en suponer que algunos desórdenes mentales, relacionados con la esfera que nos ocupa y en que, por procesos indeterminados, los estímulos emotivos y la ideación han recorrido patrones indelebles e invariables hasta hacerse estereotipados, y dan lugar a reacciones patológicas, podrían ser corregidos por la interrupción de esas fibras blancas de conexión prefrontal, dando oportunidad para la reintegración de la actividad cortical a través de diferentes líneas de asociación.

En junio de 1936, el neuro-psiquiatra portugués publicó

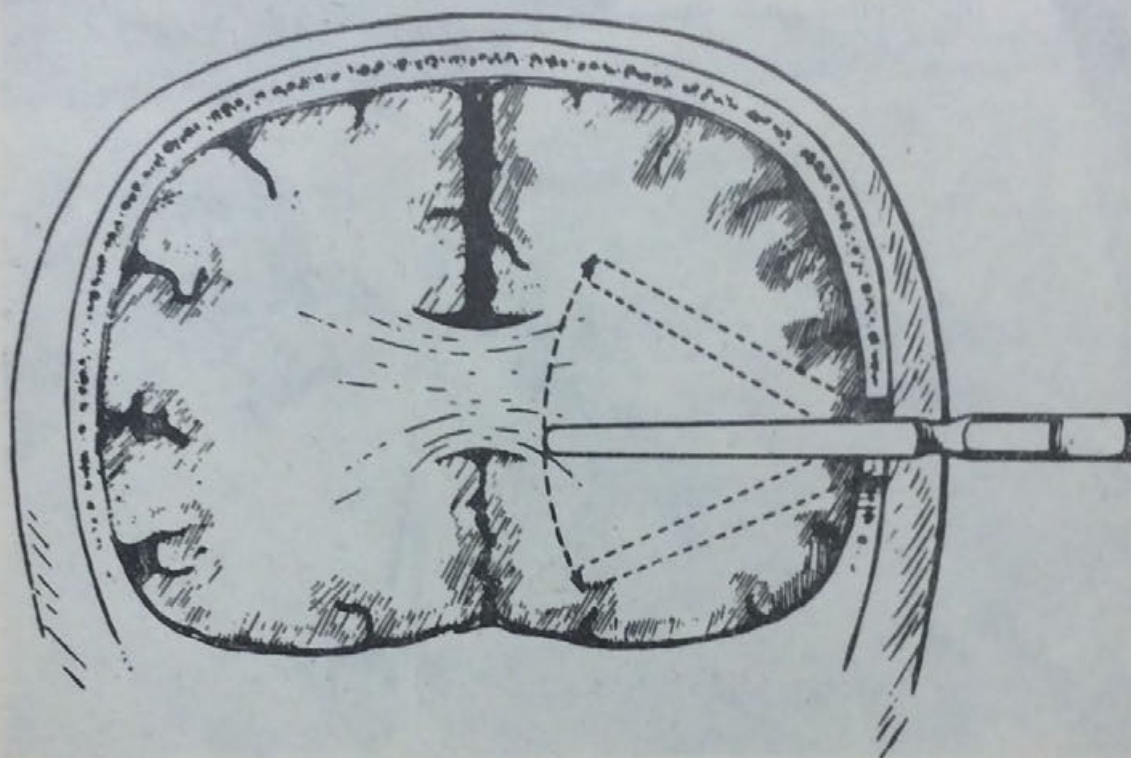
sus experiencias iniciales. Habiendo empezado por inyectar pequeñas cantidades de alcohol en la substancia blanca mencionada, pronto substituyó este método por el del "leucotomo", instrumento que le permitía hacer cortes esféricos a diferente profundidad y con relativa precisión. Así nace la Psicocirugía, y en septiembre de ese mismo año, *Freeman* y *Watts* inician en este país su excelente y constructiva labor en esta materia. En los veinte primeros casos, operados en el Hospital de la Universidad, se empleó la técnica de *Moniz*. Seis cortes esféricos fueron hechos en el cuadrante superior del polo frontal de cada lado y fué inyectado *Thorotrast* para visualizar las secciones. Aun cuando hubo inmediata remisión de los síntomas en la mayoría de los casos, pocos meses después se registraron recaídas. Desde entonces estos señores observaron que aquellos pacientes que estuvieron alertas, bien orientados y eufóricos en los días subsiguientes a la operación, comúnmente recaían, mientras que los desorientados, decaídos, somnolientos y apáticos, casi siempre aseguraban resultados clínicos satisfactorios.

Por esta razón inician desde entonces sus valiosas modificaciones a la técnica y en lugar de los seis cortes esféricos ya mencionados, hicieron nueve similares en el cuadrante inferior de cada lado. Mucho mejores resultados fueron obtenidos así, pero las desventajas de este método pronto se hicieron aparentes.

Teniendo en cuenta que los agujeros del trépano han sido hechos lateralmente a 3 cms. de la línea media y a 3 cms. adelante de la línea interaural, ocurría que, cuando el leucotomo ha sido llevado a una profundidad de 8 a 9 cms. una insignificante angulación hacia adelante hará que los cortes sean hechos demasiado cerca del polo frontal y la operación será inefectiva. Si por otra parte el instrumento es insuficientemente inclinado, podrá perforar el espacio perforado anterior o el lóbulo temporal y herir las ramas penetrantes de las arterias cerebrales anterior y media. Tal accidente ocurrió en dos ocasiones con resultados fatales y en otro hubo lesiones de las vías motoras.

Freeman y *Watts*, con quienes y bajo cuya enseñanza vengo trabajando, han logrado eliminar los peligros mencionados y conseguido un máximo admirable de buenos resultados con la técnica que usan ahora.

Habiendo obtenido mejores resultados cuando grandes secciones de sustancia blanca han sido realizadas, la operación actual consiste en practicar un corte de la misma sustancia, de cada lóbulo frontal, en un plano que corresponde a la altura coronal y que pasa rozando la parte más anterior del cuerno frontal del ventrículo. Esta sección se lleva a cabo a través de dos agujeros de trépano situados en ambas sienes. El punto de elección para la trepanación se localiza midiendo 3 ctms. por detrás del reborde lateral orbitario y 6 ctms. arriba del arco zigomático. El orificio es ampliado arriba y abajo. la dura abierta en forma crucial, el cortex inclinado en una lon-



gitud de 3 mm. y una cánula graduada (Watts-Freeman-leucotomo) es insertada en la masa cerebral, dirigiéndola hacia el orificio del lado opuesto. En este plazo la fisura media longitudinal está situada a 5.5 ctms. de la superficie (Figura número 1).

La saliente formada por el borde posterior del ala menor del esfenoides es encontrada a 4.5 ó 5 ctms. de profundidad cuando se dirige la cánula hacia la base del cráneo en un ángulo de 45°. Situación de la punta del cuerno frontal del ventrículo, fisura longitudinal, relación esfenoidea y sutura coronal, son

datos valiosos que el cirujano debe tener en cuenta para orientar sus instrumentos en la leucotomía.

Ya seguros de esta información, el "lobotomo" es insertado, siguiendo las huellas que la cánula dejó, evitando laceraciones de la sustancia gris y cuidándose de herir los vasos. Es peligroso aproximarse demasiado a la línea media, ya que la arteria cerebral an. puede ser traumatizada (Figura No. 2).

Con objeto de mantener la hoja del lobotomo en el plano adecuado y observar hasta los menores cambios que el enfer-

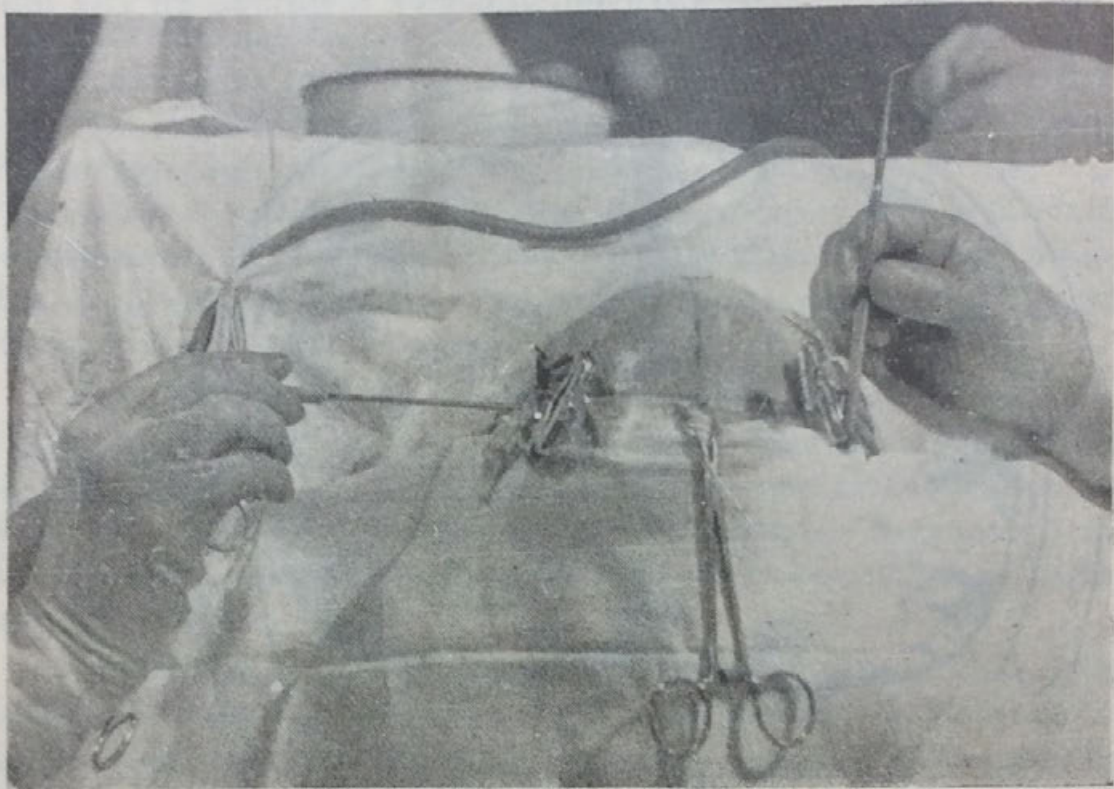


Figura No. 1

mo va a empezar a poner de manifiesto durante el corte, el profesor Freeman da gran relieve a este tiempo de la intervención, sentándose a cierta distancia de la cabeza del paciente, guardando sus ojos a la altura de la sutura coronal y guiando al cirujano. Dirigiéndose al paciente va formulando una serie de preguntas que han sido preparadas de antemano, de acuerdo con la ideología del sujeto.

Habiendo observado que únicamente se obtienen resultados terapéuticos satisfactorios cuando la lobotomía produce

adormecimiento, desorientación y en cierto grado torpeza, estos datos son ahora usados como clave para determinar la extensión y profundidad de las incisiones (me estoy refiriendo a los casos en que el paciente es operado bajo anestesia local y que son la mayoría).

Estados de inquietud y de tensión a menudo desaparecen después que dos o tres cuadrantes son seccionados, pero el paciente aun se muestra enterado y sabedor de lo que ocurre, puede repetir el Padre Nuestro por ejemplo, definir la diferencia entre un Rey y un Presidente, y verificar simples operaciones aritméticas, etc. Tan pronto como el último cuadrante

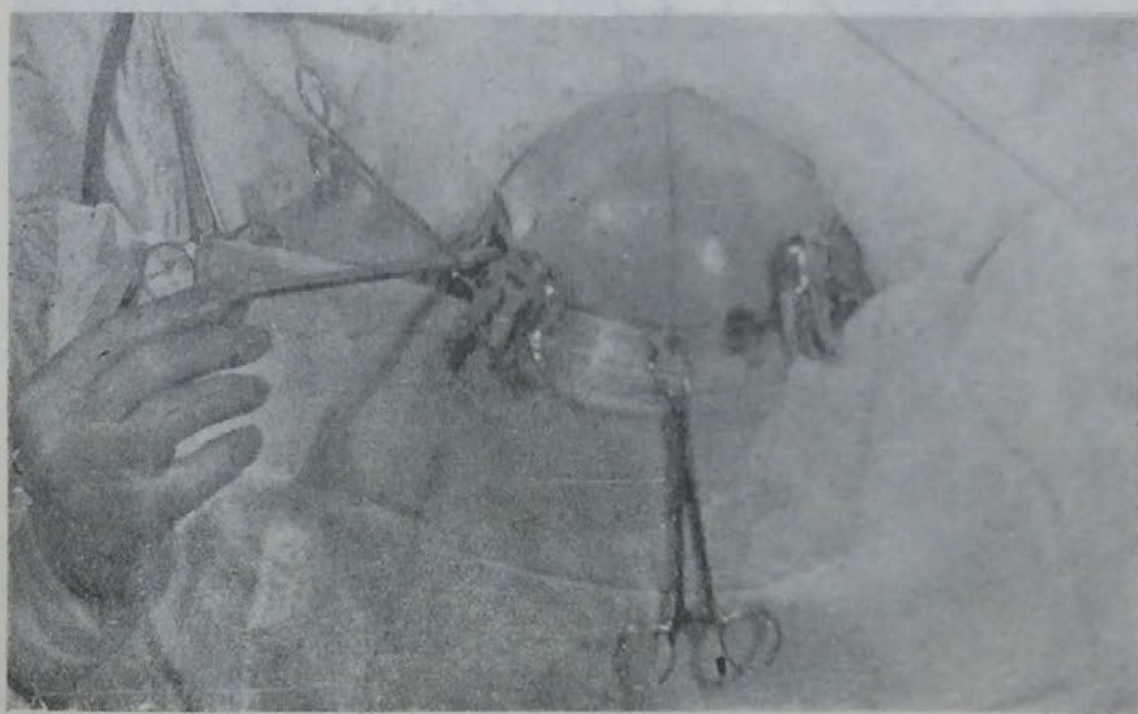


Figura No. 2

te es seccionado, el sujeto se muestra confundido, desorientado, apático, y parece incapaz de razonar. (Inercia mental.) Si esto ocurre, algunas secciones adicionales son practicadas, teniendo siempre presente que es mejor cortar menos que más.

Después de cada corte, se irriga ampliamente con solución salina fisiológica. Inmediatamente, algunas gotas de lipiodol son inyectadas, para poder determinar después el sitio exacto de esas secciones en abanico, que han interrumpido la continuidad de la radiación talámica anterior y, parcialmente, la de los fascículos cinguli occipito-frontal y longitudinales

superior e inferior, así como la de algunas fibras del cuerpo calloso. Sólo por visualización de la profundidad y extensión de los cortes es como puede explicarse uno, en determinadas ocasiones, la causa del fracaso en el alivio y desaparición de algunos síntomas.

En 19 pacientes de este Servicio, en los que una primera intervención ha fallado, una segunda operación, guiada por los datos roentgenográficos, ha proporcionado resultados felices.

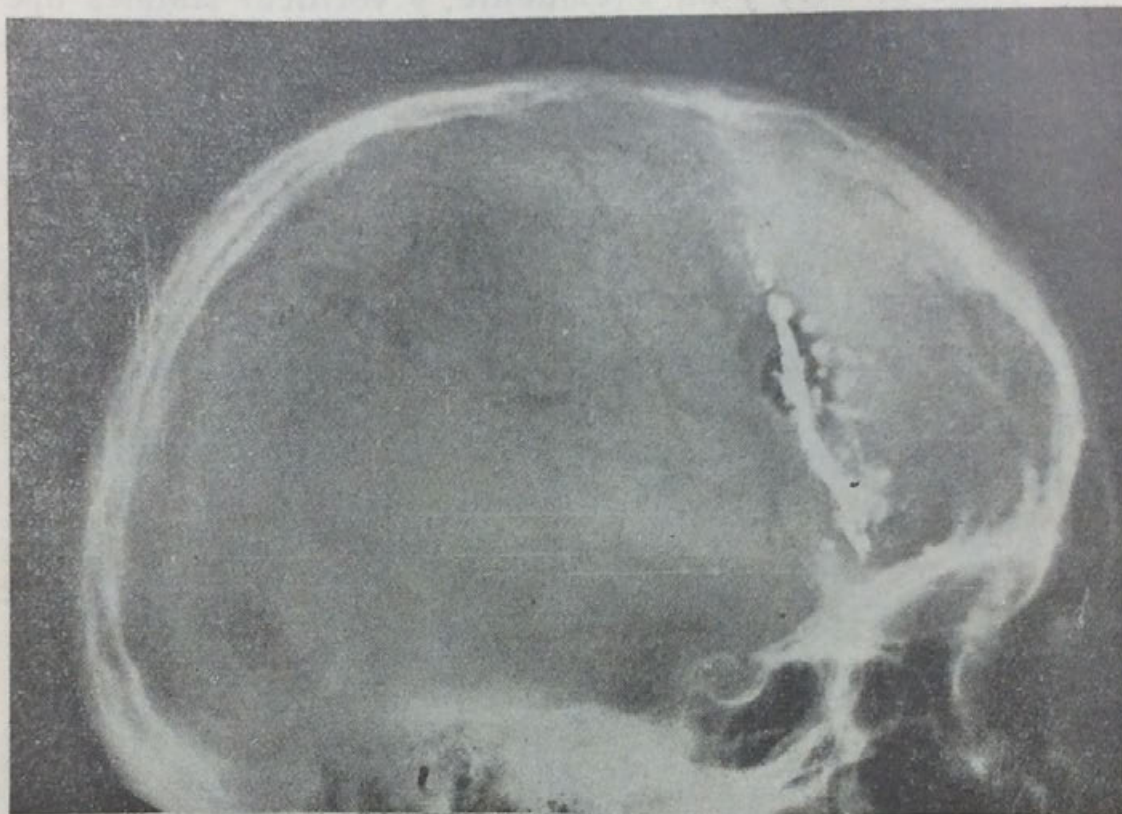


Figura No. 3

La lobotomía parcial en uno o dos cuadrantes ha sido practicada sin buenos resultados y también en estos casos se ha necesitado de un segundo tiempo operatorio.

Concluida la operación, si la condición del paciente lo permite, lo que ocurre casi siempre, es llevado a rayos X, donde estereoscopías laterales, fronto y occipitoplacas son tomadas. (Figura No. 3).

El postoperatorio solemne, tan accidentado y desgraciadamente tan común en la cirugía intracraneal, no se presenta nunca en estos pacientes. Es realmente sorprendente observar la evolución de estos sujetos.

El shock es mínimo, tanto que parece ser que estamos frente a un caso de cirugía menor, como paradójica a la amputación subcortical de los lobos frontales.

La presión arterial suele caer por algunas horas, para después oscilar entre límites normales. El pulso es lento, probablemente por el relajamiento y desaparición de los estados de tensión preoperatoria. La temperatura puede llegar a 39 grados ó 39.5 grados C, pero generalmente vuelve a la normal en 48 horas. En algunos casos hay vómito e incontinencia vesical en el mismo lapso de tiempo.

Ya desde el segundo día de la operación, es posible observar actitudes de profunda indiferencia. El paciente "ha-



Figura No. 4



Figura No. 6

ce que lee" y juega con periódicos o magazines puestos a su alcance. No hay afasia ni ataxia y responde a las preguntas que se le hacen siempre con lacónicas y absolutamente desinteresadas respuestas. La facies es inexpresiva y si se le pide por ejemplo sonreír, mueve las comisuras de la boca y cierra los ojos. Parece que desconoce el significado del gesto, de la afirmación y de la negación.

Durante los cuatro primeros días es común que existan estados de confusión, entorpecimiento, desorientación y apatía. La exacerbación de estos síntomas o su mayor duración, es atribuida al edema que ocurre en la vecindad de los cortes. En muy raras ocasiones es posible encontrar un Babinski positivo o un reflejo de la prehensión forzada.

La nueva condición mental del paciente empieza a hacerse clara después de 10 días aproximadamente. Se muestran orientados y, aquellos que tienen menos de un año de enfermos, aceptan que sus preocupaciones, egocentrismo y depresión han desaparecido. Otros que tienen una vieja historia en la fijación anormal de sus ideas, a veces dicen que aun tienen presentes muchas de ellas, pero ahora no merecen su atención y no hay reacción emocional alguna que las acompañe.

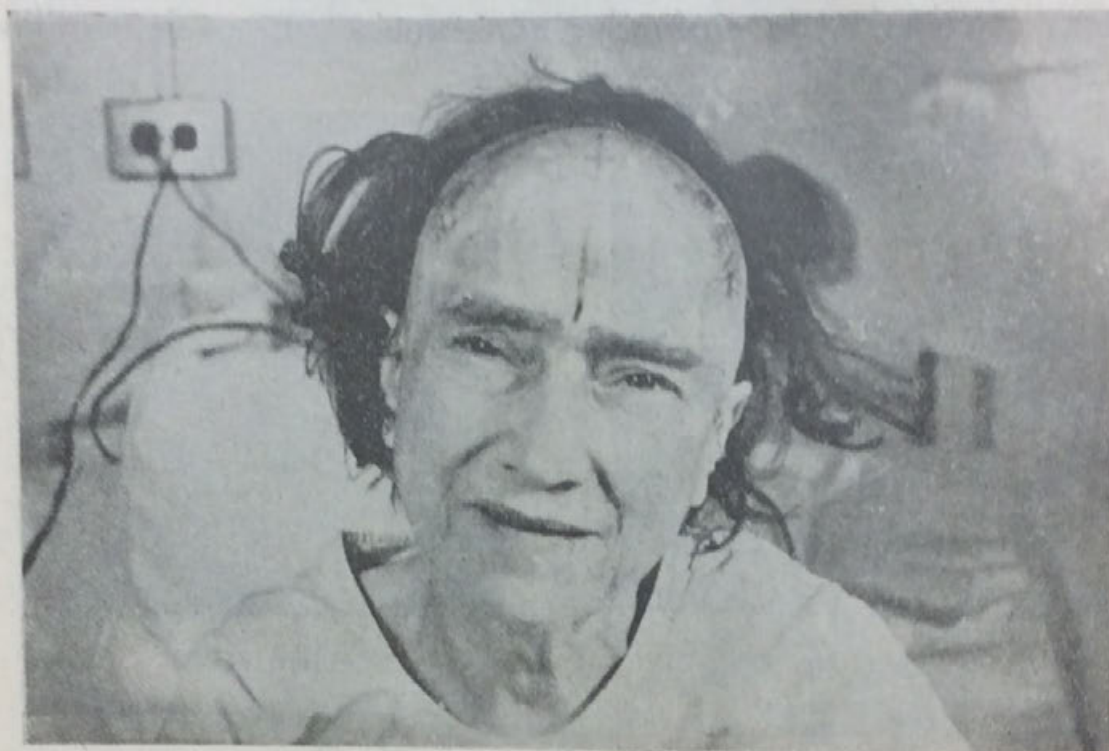


Figura No. 5

Es durante el período de convalecencia, que puede ser de tres semanas o más de tres meses, según la cronicidad del caso, cuando el paciente aprende y reajusta su nueva personalidad al medio en que vive, y es entonces también cuando debe cuidarse del delicado proceso de su reeducación.

Ningún enfermo es operado sin antes asegurar la óptima condición del medio en que vivirá, cuando menos los primeros meses, después de la intervención. (Figuras 4, 5 y 6).

CONCLUSIONES

La selección de los pacientes es el factor más importante para el éxito de la lobotomía prefrontal. Repetidas veces he visto que después de observar cuidadosamente a un paciente que en apariencia era candidato, no se le opere por haber descubierto signos de avanzada disociación y deteriorización (deterioración) intelectual. Por otra parte, es absolutamente indispensable hacer una estimación correcta de la conducta individual del sujeto en su era prepsicótica, ya que aquellos que han sido agresivos, pendencieros y han mostrado tendencias criminales, podrían ser demasiado ofensivos después de la operación.

Los enfermos de elección son buscados entre los que sufren estados de tensión obsesiva. También se obtienen buenos resultados en algunas psicosis evolutivas y en un prometedor porcentaje de esquizofrénicos.

Mediana satisfacción es obtenida en psiconeurosis.

La técnica operatoria actual ha sido uno de los factores primordiales en el éxito de la lobotomía prefrontal.

Las complicaciones comunes en la cirugía intracraneal, aun las más simples, han sido reducidas al mínimo.

De más de 200 pacientes que han sido operados en este Hospital hasta la fecha, los 136 primeros ya han dado tiempo suficiente para juzgar su estado.

La condición de los restantes es tan buena, que probablemente mejore los datos obtenidos en la serie anterior.

He estudiado y he sido primer ayudante del Dr. Watts en más de 50 casos; no ha ocurrido ninguna muerte y sólo en dos hemos tenido que lamentar convulsiones epileptiformes post-operatorias.

Alienistas y neurólogos americanos contemporáneos

Dr. ROCHA FILHO

Por el doctor SAMUEL RAMIREZ MORENO



Dr. Rocha Filho

El doctor Rocha Filho, destacado psiquiatra brasileño, nació en Maceió, capital del Estado de Alagoas el 6 de febrero de 1908. Sus estudios preparatorios los cursó en el Liceo Alagoano, del cual salió en 1924, para ingresar al año siguiente a la Facultad de Medicina de Bahía, donde terminó su carrera de médico en diciembre de 1930, habiendo obtenido en marzo de 1931 —a la edad de 23 años—, el título de Doctor en Medicina.

De 1931 a 1932 se dedicó al ejercicio profesional en el interior del Estado de Bahía y en 1932 se le designó Médico Clínico del Centro de Salud; el 28 de febrero de 1934 fué nombrado Director del Hospital de "Santa Leopoldina", establecimiento único para enfermos mentales en el Estado de Alagoas, cargo que aún ocupa.

Ha sido también Director de Salubridad Pública del mismo Estado y Catedrático del Instituto de Educación.

Fué uno de los fundadores de la Liga Alagoana de Higiene Mental; representante oficial de Alagoas al Segundo Congreso de Neurología, Psiquiatría e Higiene Mental, verificado en Aracajú, donde obtuvo destacada actuación.

Es miembro de varias asociaciones científicas, entre las que se cuenta la "Sociedad Brasileira de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal".

Fué uno de los introductores y entusiastas adeptos de la convulsioterapia e insulino-terapia en su país, así como psicoanálisis.

Ha escrito varios trabajos científicos entre los que se pueden citar:

"La Vejez y sus Problemas Médico-Sociales" —tesis de doctorado—, Bahía, 1931; "Demencia Precoz y Sulfopireto-terapia", Maceió, 1935; "Psiquiatría e Higiene Mental", Casa Ramalho Editora, Maceió; "La Salubridad Pública en Alagoas", Maceió, 1936; "Deportes, Juegos, Recreos", Maceió, 1937; "Locos y Delincuentes", Casa Ramalho Editora, Maceió, 1938; "Esquizofrenia y Deportes", Publicaciones Médicas, Año X, No. 7. Feb. 1939, S. Paulo; "Aspectos Psicológicos del Niño", Cultura Médica, Año I, No. 2, agosto 1939, Río de Janeiro; "Psiconeurosis de Angustia, Cardiazol y Psicoterapia", Arquivos Brasileiros de Neuriatría e Psiquiatría, Año XXII, Nos. 5 y 6, Sep. - Dic. 1939. Río de Janeiro; "La Asistencia a Psicópatas en Alagoas", Maceió, 1940; "Historia y Psicoanálisis", Neurobiología, Tom. III. No. 4, Dic. 1940, Recife; "Histeria y Psicoanálisis", Rev. Mex. Psi. Neurol. y Med. Leg., Vol. VII, No. 42, Marzo 1941, México, D. F.; "El Problema de la Asistencia a Psicópatas en Alagoas", Maceió, 1942.

Este joven y entusiasta médico brasileño, que cada día se destaca más en la especialidad, es también un literato, habiendo publicado muchos artículos en los diarios de su país, e igualmente es un poeta modernista, influenciado por los superrealistas.

Ha manifestado ser un gran admirador de las virtudes cívicas del pueblo mexicano, de su literatura original, de sus artes y sus ciencias, por lo que lo consideramos como un excelente amigo de nuestro país.

NOTAS SINTETICAS

Por J. P. V.

FACTORES DE DESMORALIZACION ENTRE MILITARES

Se han hecho algunas observaciones entre los ingleses, acerca de algunos individuos que presentan constitución psicopática cuyas manifestaciones establecen un círculo vicioso en cualquier unidad militar, pues el ambiente produce la eclosión de los síntomas, y estos sujetos con síntomas ejercen a su vez una nociva influencia en el ambiente. Son eslabones débiles en una cadena fuerte, de modo que su exclusión es indispensable. Individuos que, como dice Rankine Good (en el *British Medical Journal*, sept. 1942, reproducido por *The Neuro-Psychiatric Institute of the Hartford Retreat*), determinan su conducta mucho más por factores emocionales que por procesos intelectuales. Estos individuos no son conscientes de su deseo de castigo, de su tendencia a la dependencia infantil; ante el peligro, raccionan por el deseo de estar con su madre (aun en los casos en que ésta era cruel), con su esposa (que suele substituir a la madre), en su hogar. Un regreso a la infantilidad aterrorizada. Inconscientes de su culpabilidad. Todos ellos muestran gran desasosiego ante el servicio militar, aun en los casos en que las condiciones evidentemente lo manifiestan desproporcionado.

PEDAGOGIA FAMILIAR

El Prof. Luis Felipe González, fundador y director del Patronato Nacional de la Infancia en San José (Costa Rica), propone, en su ponencia al VIII Congreso Panamericano del Niño, Washington, 1942, reconocer la importancia del conocimiento de la pedagogía familiar por parte de los padres, a

fin de que puedan cumplir mejor la formación educativa de sus hijos en la edad pre-escolar; que el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, en Montevideo, (Uruguay), organice concursos para la preparación de mejores obras de pedagogía familiar; que se agregue obligatoriamente esa materia en las clases superiores de enseñanza primaria, secundaria, normales femeninas y de puericultura, y que se haga labor de propaganda.

LA PROTECCION DE LOS NIÑOS Y LAS MADRES EN LAS CIUDADES EN TIEMPO DE GUERRA

Con el subtítulo de "La Protección en zonas de peligro", se presentó un trabajo elaborado por la Oficina del Niño, Secretaría del Trabajo, en Washington, D. C. (U. S. A.) con motivo del VIII Congreso Panamericano del Niño en 1942. Los capítulos principales son: Protección física, registro e identificación de los niños, protección social para niños y jóvenes, recreo, participación de los niños en los planes de la defensa, medidas para la vigilancia sanitaria y atención médica, mantenimiento de las facilidades educativas, planes de evacuación (áreas de evacuación y centros de recepción). Lo importante es unificar los métodos, con las variantes propias de cada país, en el Continente Americano, y para eso debe servir de norma dicha ponencia, cuyos puntos aprobó el Congreso.

¿ES UNA CIENCIA LA FILOSOFIA?

Oswaldo Ferraz Alvim, licenciado por la Facultad de Filosofía, Ciencias y Letras y Bachiller en Ciencias Jurídicas y Sociales por la Facultad de Derecho de la Universidad de Sao Paulo (Brasil), en la "Revista de Neurología e Psiquiatría de Sao Paulo". Volumen VIII, Núm. 4 agosto de 1942, expresa: "Si no podemos considerar la filosofía como ciencia particular, como la entienden los positivistas, no podemos, aun más tomarla como ciencia universal, como la juzgaban los primeros sabios" (en sus conclusiones), y termina: "El espíritu científico y el espíritu filosófico —ambos inspirados en la naturaleza y consubstanciados en la uniformidad que debe regir en el universo— deben actuar en comunión de vistas, independientes y armónicos entre sí."

UNA EXPERIENCIA DE UN AÑO DE INSULINA INTRAVENOSA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA MEDIANTE SHOCK HIPOGLUCEMICO

Tomado del British Medical Information Service.—Número 818.

Los autores han llevado a cabo un extenso estudio clínico y bioquímico sobre cierto número de aspectos de la insulino-terapia por vía intravenosa. El estudio se realizó a lo largo de un año de tratamiento y los resultados confirmaron que el uso de la vía intravenosa produce un ahorro de insulina que se elevó a 28,3 por ciento en la presente serie. Se adelantan las razones para la necesidad de una dosis menor.

Las ventajas del método son que la insulina intravenosa asegura un rápido restablecimiento del coma y obvia los peligros de un restablecimiento retrasado con shock tardío. La ingestión de hidratos de carbono puede disminuirse, dando lugar a un menor aumento de peso y a una mejoría en la salud de los pacientes en comparación con el tratamiento con insulina intramuscular.

Los autores estudiaron la conducta del azúcar en sangre después de administrar insulina intramuscular e intravenosa, respectivamente, durante la hipoglucemia, inmediatamente después de la terminación, y durante el resto del día. Estos estudios demostraron que la hipoglucemia se presenta antes y es más profunda después de la insulina intravenosa, y que el restablecimiento después de la terminación es más rápido.

Un estudio de la glucosa en el líquido céfalo-raquídeo demostró poca diferencia entre el método intravenoso y el intramuscular. Los autores creen que el descenso de contenido de glucosa en el L. C. R. es más bien una coincidencia con el coma que la causa de él.

Algunas observaciones se hicieron asimismo sobre el empleo combinado de terapéutica convulsivante eléctrica e insulina intravenosa, sobre el empleo combinado de insulina intramuscular e intravenosa y sobre la insulina protamina zinc administrada intravenosamente.

Se expresa la opinión de que las alteraciones en la tolerancia a la glucosa dependen en gran parte de la duración de la enfermedad, y que en casos de larga duración se producen pocos cambios durante el tratamiento. Esto se halla también de acuerdo con la opinión del autor de que en estos casos las funciones autónomas reciben poco estímulo de un prolongado tratamiento con insulina.

El modo de acción de la insulina en relación con las funciones autónomas se discute en el trabajo. Se expresa la opinión de que en la esquizofrenia existe depresión de los centros reguladores autónomos, y que la insulina produce una remisión estimulando estos centros. Los estudios del jugo gástrico durante el tratamiento revelan que la insulina intravenosa es un estimulante autónomo más poderoso que la insulina intramuscular. Los autores concluyen que los resultados del tratamiento mediante insulina intravenosa pueden demostrar ser aun más favorables que los producidos con la insulina intramuscular.

REACCIONES MENTALES A LOS RAIDS AEREOS

Tomado del British Medical Information Service.—Número 819.

En un Puesto de Urgencia del Este de Londres han sido vistos 134 pacientes civiles que padecían de las consecuencias de terror y ansiedad, y que oscilaban entre trastorno emocional agudo y paraplejia histérica y estupor. Todos abandonaron el hospital dentro de las 24 horas y sólo se sabe de seis que hayan necesitado nuevo tratamiento.

Se compararon los resultados de un detenido examen psiquiátrico de 63 pacientes con síntomas psiquiátricos subagudos a consecuencia de raids aéreos, con los de un grupo de control de 102 casos quirúrgicos externos. Las respuestas a la pregunta: "¿Qué efecto le producen a usted los raids aéreos?", mostraron diferencias en los dos grupos.

Sesenta y ocho por ciento de los sujetos testigos admitieron temor acompañado de reacciones somáticas; en otro 11 por ciento, las reacciones somáticas se consideraron excesivas; 10 por ciento admitieron miedo a duras penas, y 11 por ciento lo negaron en absoluto. Las cifras correspondientes para los sujetos de reacción a los raids aéreos fueron 4, 24, 29 y 43 por ciento. Las respuestas de un grupo de psicópatas establecidos fueron semejantes en su distribución a las del grupo de reacción al raid aéreo. Dieciocho sujetos del grupo de testigos tenían un récord de trabajo mediocre o aceptaban de mala gana la responsabilidad en el trabajo y de éstos, 14 dieron respuestas anormales describiendo, al rededor de la mitad de ellos reacciones excesivas y la otra mitad negando el miedo. La negación del miedo parece ser por consiguiente un signo de mal pronóstico; pero en algunos individuos estables y bien entrenados, por ejemplo, policías, el miedo parece hallarse reducido o no se ha desarrollado y rara vez hay crisis. Los adolescentes pueden darse menos cuenta del peligro que la mayor parte de los adultos, pero esto cambia cuando aceptan trabajo de responsabilidad o piensan seriamente en el matrimonio.

Veintitrés sujetos del grupo de testigos tuvieron rasgos compulsivos, por ejemplo, evitación de cinematógrafos y metro; 15 de ellos tenían marcada fobia por los refugios antiaéreos, pero estos rasgos fueron menos comunes en el grupo de reacción a los raid aéreos. El autor estima que 90 por ciento de los casos de reacción al raid aéreo hubieran sido graduados en la categoría 1 por un tribunal médico que no conociese la historia de su personalidad, mientras que dicha historia de la personalidad por sí sola hubiera hecho graduar bajo al 48 por ciento.

Veintitrés de los 63 pacientes con reacción a los raids aéreos, eran miembros de la defensa pasiva, pero sus historias de personalidad fueron particularmente mediocres. En la relación de reclutas para la defensa pasiva sería útil, para descubrir su incapacidad, tener un registro de las historias del trabajo anterior (comprendido una determinación de la ambición y la repugnancia a aceptar responsabilidades), así como una encuesta en cuanto a las razones de los candidatos para escoger servicios de defensa pasiva. El autor

recomienda que se fomente el espíritu de grupo y la lealtad a los compañeros. Una expresión razonable de timidez o ansiedad podrá permitirse si va acompañada de un sentido de responsabilidad de cuerpo. Los oficiales médicos deberán cooperar con los Departamentos correspondientes para recomendar el pronto retorno de los pacientes a situaciones de trabajo intenso o su traslado a otro género de trabajo tan pronto como quede reconocida su incapacidad para llevar a cabo trabajos arduos.

Resumen adaptado del Bulletin of War Medicine, 3, 37, septiembre 1942).

REACCIONES PSICOLOGICAS AL ACCIDENTE

Tomado del British Medical Information Service.—Número 820.

Debido a la super-importancia que se da al aspecto físico de una lesión, se introducen a menudo factores psicológicos mórbidos. Niños que se han visto mimados y festejados en el hospital pueden, al retornar a un hogar pobre donde ya no son el centro de atracción, sufrir trastornos de conducta que son difíciles de eliminar. Entre los niños permanentemente inválidos se forman más fácilmente "personalidades lisiadas". Estas se caracterizan por agresividad, ataques de mal genio, ensoñaciones, latrocinios, etc. Un factor causal importante es la actitud de los padres pues el niño puede sentirse dependiente e infantil o incapaz, o pueden negársele privilegios que se le concedan a otros miembros de la familia. Maestros, enfermeras, médicos y cuantos están en contacto con él deben llevar su parte de responsabilidad.

El niño inválido puede sentirse sumamente desgraciado entre niños de su propia edad, ya que a menudo se le ridiculiza, lo que da lugar a sentimientos de inferioridad y de vergüenza, con la consiguiente agresividad y resentimiento o una actitud ostentosa de desaffío. El trato prudente por parte de padres, maestros y educadores consistirá en ofrecer al niño algo constructivo—en forma de facilidades de recreo o terapéutica ocupacional— para compensar su desventaja física.

Entre los adultos que han perdido un miembro, el primer ajuste que hay que llevar a cabo es el del miembro ausente. Este se siente de ordinario inmediatamente después de la amputación, y no son raros en él los calambres y dolores. El ajuste se efectúa con bastante rapidez, aunque los calambres y dolores pueden dar lugar a períodos de insomnio. Cuanto más joven es el paciente mejor es el ajuste a la pérdida del miembro a condición de que el ambiente sea favorable y el paciente debidamente tratado.

La reeducación y el entrenamiento vocacional para alguna otra forma de profesión son muy útiles. Pacientes que anteriormente presentaban indicios de rasgos neuróticos, es más probable que presenten reacciones anormales que el individuo de tipo estable. Un medio ambiente de excesiva compasión y protección, puede contribuir a aumentar el sentimiento de dependencia y desesperanza. Incluso después de accidentes menores pueden presentarse reacciones psicológicas anormales; puede producirse prolongación histérica o fijación de síntomas, y esto puede servir para matener al paciente fuera de servicio activo o parecerse a las neurosis de compensación de tiempos de paz.

La psicoterapia en forma de persuasión, sugestión o hipnosis, deberá comen- zarse inmediatamente, ya que cuanto más se deja que se desarrollen los sín- tomas más intratables se vuelven.

En algunos casos se presentan juntos síntomas neuróticos y orgánicos, y cuando una lesión física no progresa y faltan signos físicos a los cuales atribuir la causa, debe llamarse en seguida a un psiquiatra, de modo que cual- quier superestructura neurótica sea eliminada.

El autor recomienda que todos los pacientes con deformidades residuales a consecuencia de accidentes, sean vistos por un psiquiatra en el hospital, para asegurarse de que no hay dificultades de la personalidad. Un informe social acerca del ambiente al que el paciente vuelve, deberá conseguirse antes de darle de alta con objeto de eliminar cualquier influencia inadecuada o buscarle un ambiente más propicio.

(Resumen adaptado del Bulletin of War Medicine, 3, 38. Sept. 1942).

NARCOANÁLISIS EN EL TRATAMIENTO DE LAS NEUROSIS DE GUERRA

Tomado del British Medical Infor-
mation Service.—Número 804.

La movilización general en tiempo de guerra lleva consigo la necesidad de tratar a gran número de neuróticos cuya incapacidad en la vida civil no fué lo suficientemente evidente para merecer una atención especial. Los Ofi- ciales de Sanidad Militar se ven obligados a improvisar métodos de tra- tamiento que sean menos intrincados y más rápidos que el psicoanálisis y mé- todos semejantes. Durante la guerra de 1914-18 el hipnoanálisis (Hadfield, 1920) fué muy eficaz, pero necesita los servicios de un hipnotista experi- mentado.

Desde 1929 ha venido progresando la investigación sobre el empleo de drogas como medio de percibir el estado interior de los pacientes e informar sobre ellos cuando padecen enfermedades nerviosas o mentales.

Narcoanálisis (Horsley, 1936), es el nombre dado a la técnica que uti- lizan una narcosis producida artificialmente mediante un barbiturato, con el fin expreso de facilitar el análisis del contenido mental del enfermo.

La droga utilizada por el presente autor, un especialista en Psiquiatría del Ejército Británico, en una investigación de 50 soldados que padecían neu- rosis, fué Penthothal Sodio (Sodio Etil) (1-metil-butil) ácido thio-barbitúrico). En cada caso se llevaron primeramente a cabo análisis físicos y psiquiátricos completos y la droga sólo se usó para superar la "resistencia" psicológica y obtener las "abreacciones".

Dosis muy pequeñas (0.25 a 0.40 gramos) administradas intravenosamente y muy despacio, fueron suficientes para producir el amodorramiento, poco menos que incoherencia, sumamente favorable para el análisis.

El momento elegido para la inyección es alrededor de 2 horas después de una comida. Se coloca al paciente cómodamente en un diván o lecho en una habitación tranquila y se calma su inquietud. Se suelta el cuello y el cinturón y se prepara la vena basílica media para la punción venosa. Se abre una ampolla conteniendo 0.5 grs. de pentothal sódico y se disuelve en el tubo de una jeringa de 10 centímetros cúbicos en agua químicamente pura que ha sido especialmente facilitada con tal fin en una ampolla cerrada. Esto hace una solución al 5%. Entonces se administra la inyección muy lentamente, dando solamente 1 centímetro cúbico por minuto. Se le ruega al paciente que vaya contando y cuando llega a 100 y se va quedando amodorrado, se le dice que cuente hacia atrás. Muy pocos pacientes han necesitado los 10 centímetros cúbicos completos.

Este método resultó útil en casos de:

- 1.—Histeria en sus diversas manifestaciones.
- 2.—Estados de ansiedad.
- 3.—Efectos ulteriores de lesiones de cabeza y de la columna vertebral.
- 4.—Casos bordeando la psicosis, deficiencias mentales y epilepsia cuando el diagnóstico fué dudoso.
- 5.—Simuladores y fingimientos.

No importa si se obtiene la verdad de los pacientes mediante narcoanálisis. Los ocultos temores del neurótico pueden ser completa fantasía y las más locas quimeras de la imaginación. No son por eso menos aterradoras, quizás más que verdaderos peligros. Y sin embargo, estas fantasías son los fenómenos con los cuales tienen que enfrentarse los terapeutas si han de ayudar a los enfermos a ajustarse a sí mismos y a sus ocultos temores.

De los 50 soldados tratados 33 quedaron aptos para el servicio y 17 fueron dados de baja. Alrededor de la mitad de estos últimos se mejoraron suficientemente para volver a sus puestos en la vida civil. Las reacciones de cada caso al tratamiento se dan en forma tabulada en el trabajo original. El autor concluye expresando la creencia de que la experiencia que se está obteniendo actualmente por el tratamiento en gran escala de casos militares de neurosis, será de gran utilidad para los casos civiles durante el período de reconstrucción de la post-guerra.

REFERENCIAS:

Hadfield, J. A. (1920).—“Functional Nerve Disease”.

Edited by E. Crichton Miller, London

Horsley, J. S. (1936).—J. ment. Sci., 82, 416.

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.

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

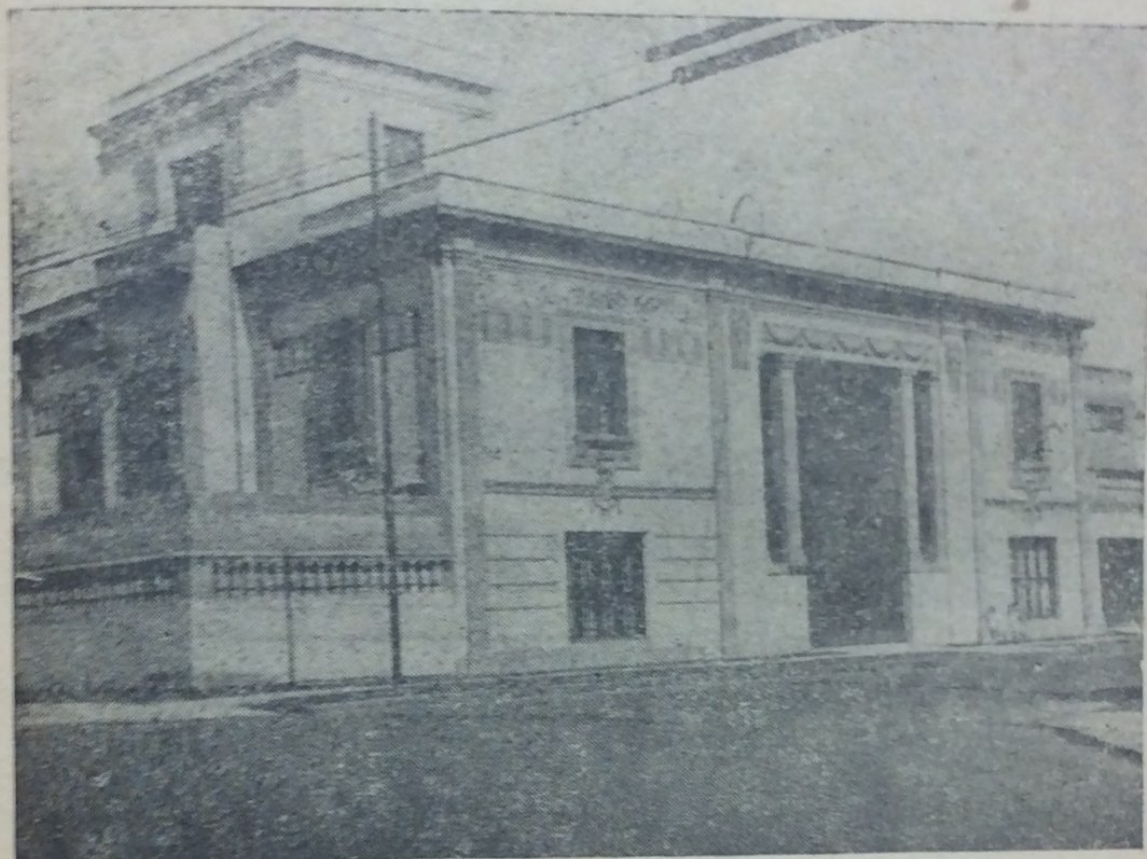
Clínica Neuropsiquiátrica "Dr. Samuel Ramírez Moreno"

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.
Clinica 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.

INTERNADO BINET

CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL

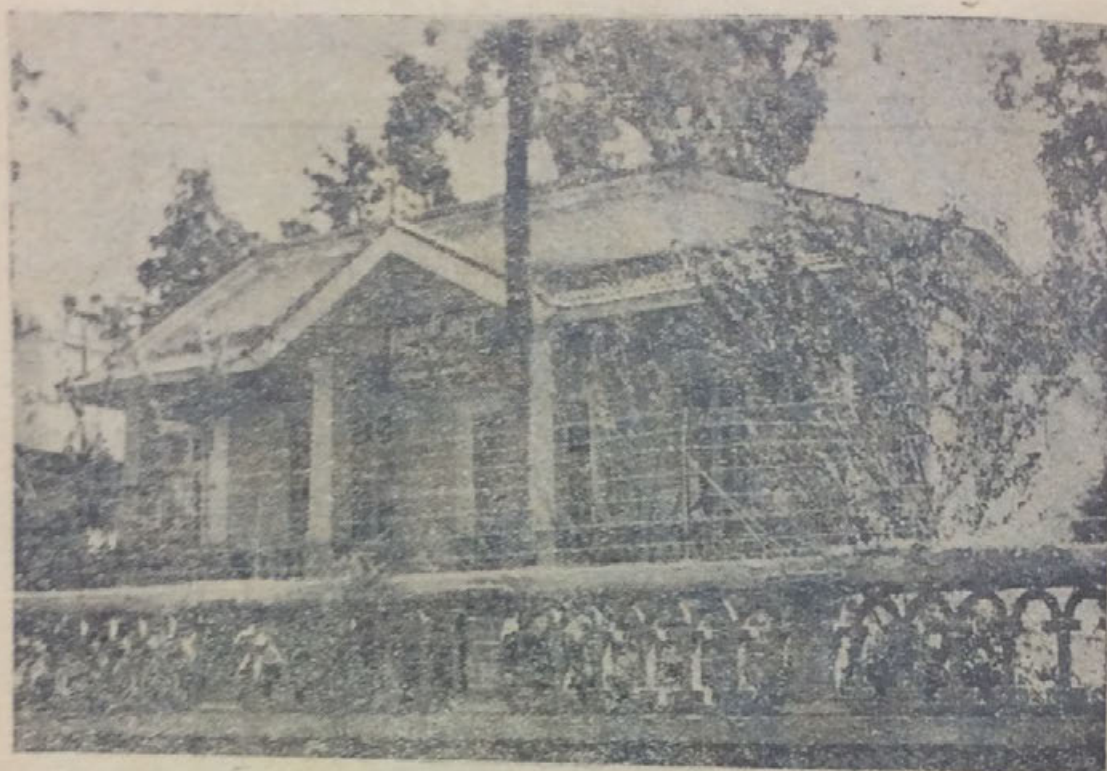
Tratamiento Endocrino y Neuro-Psiquiátrico

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.

Sub-Director: Dr. Armando Peshard.

Secretaría: Señorita profesora Lilia Alfaro Vega.

PERSONAL MEDICO:

Psiquiatría: Dr. Francisco Núñez Chávez.

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 Reyes.

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 Catzín Besserer.

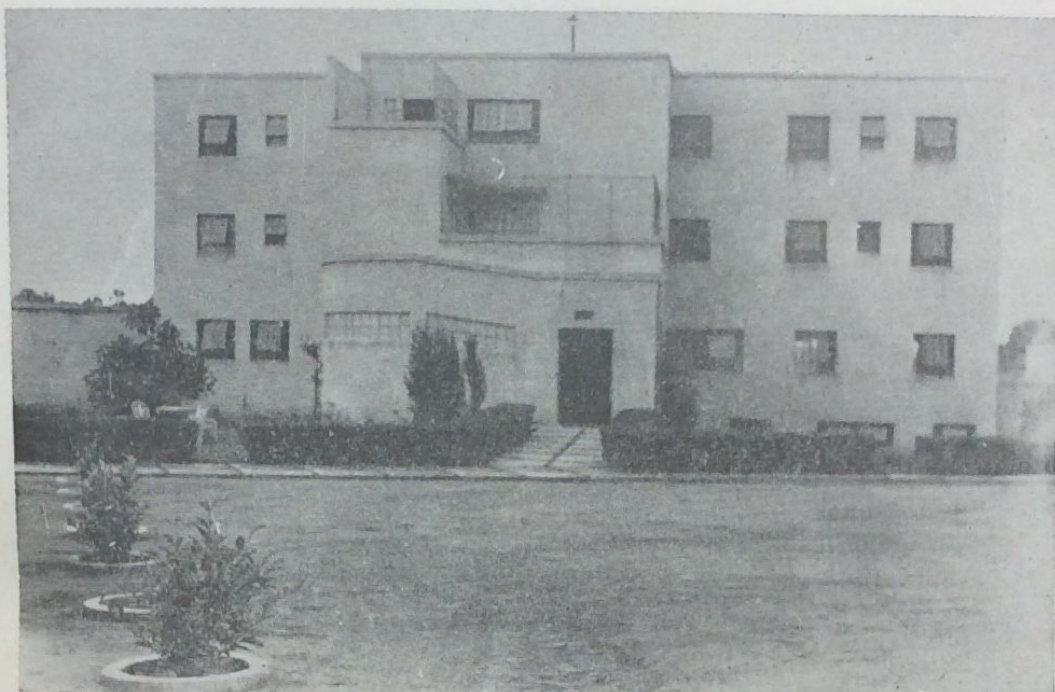
Administración: Sres. Claudio Beltrán W. y David Rangel.

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 59-59



Director:

Dr. Samuel Ramírez Moreno.

Jefe del Servicio Neuropsiquiátrico:

Dr. Juan Peón del Valle.

Médicos Internos Residentes:

Dres. Abraham Fortes y Antonio Luna.

Médico Externo:

Dr. Jorge G. Pavón Abreu.

Practicante:

Jesús Urriza.

Todo el Personal Especializado.