

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

SUMARIO :

DECIMO ANIVERSARIO.

LAS NEURITIS Y LOS SINDROMES RADICULARES POSTERIORES.—*Por el Dr. Francisco Gárate y Valdés.*

NOTAS SINTETICAS.

INDICE DE LOS TOMOS IX y X.

VOL. XI

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 61

1° DE MAYO DE 1944

MEXICO, D. F.

SULFANA
Wander

UNGUENTO

120
PAPAMINOFENILSULFANIDA

REG. No. 22129 D. S. P.

DR. A. WANDER, S. A. BERNA, SUIZA

REPRESENTANTES:

CIA. PABLO HERZIG, S. A.
HAMBURGO 13 MEXICO, D. F.

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

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

Usese por prescripción médica

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

Marques POULENC Frères et USINES DU RHONE

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

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.

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° 7299, D. S. F.

PROP. 1854



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

LABORATORIO MEDICO

DEL

DR. LUIS GUTIERREZ VILLEGAS

DEDICACION EXCLUSIVA A EXAMENES
DE LABORATORIO

Bacteriología - Serología - Química - Pruebas
Funcionales - Metabolismo Basal
Vacunas Autógenas - Antígeno metilico tuberculoso

Eric. 13-41-31

Mex. L-76-56

Plaza de la República Núm. 52

MEXICO, D. F.

ORARGOL

Complejo COLOIDAL de PLATA y ORO

ANTI - INFECCIOSO GENERAL

ORARGOL INYECTABLE, ampollitas de 5 c. c.

FORMULA:

PLATA COLOIDAL ELECTRICA	0,0025 Gr.
ORO COLOIDAL ELECTRICO	0,0025 "
Goma arábica purificada.....	4,00 "
Glucosa pura	0,2575 "
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. Núm. 4186, D. S. P.

Prop. 22661

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

Laboratorios de los PRODUCTOS AMICROS

64 Blvd. V. Hugo, Clichy, pres París, Francia.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS:

ESTABLECIMIENTOS LAUZIER, S. DE R. L.

Ave. Chapultepec, 276.

MEXICO, D. F.

Apartado 399

Gardénal

FENIL - ETIL - MALONILUREA

**EPILEPSIA
CONVULSIONES
ESTADOS ANSIOSOS
INSOMNIOS REBELDES**

*EN TUBOS DE COMPRIMIDOS
A 0,070, 0,005 Y 0,001*

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION
Y BAJO LA VIGILANCIA MEDICA

**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.

H E P A T O - V I T

REGISTRO NUM. 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.

DEBILES

(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 NUM. 35.

MEXICO, D. F.

B E T O R M O N

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 NUM. 35.

MEXICO, D. F.

Registro Núm. 22047, D. S. P. Prop. Núm. 18754, D. S. P.

Laboratoires Du Dr. Roussel-France

SINCORTYL

HORMONA CORTICO-SUPRARRENAL

ASTENIAS

CONVALENCIAS

ESTADOS DE CHOQUE

Tratamiento específico de la enfermedad de Addison y de las infecciones córtico-suprarrenales.

Ampollitas intramusculares de 2.5 & 10 miligramos

Reg. Núm. 22587, D. S. P.

GRUPO ROUSSEL, S. A.

Varsovia Núm. 19.

Apartado Postal 7541

MEXICO, D. F.

INTERNADO BINET

CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL

Tratamiento Endócrino y Neuro-Psiquiátrico

EXCLUSIVO PARA NIÑOS Y NIÑAS

Av. Madero 15 Ens. Local 149 Mex. Local 44 Tlalpan, D. F.

DIAGNOSTICOS CLINICOS — ESTUDIOS ESPECIALES MENTALES

Y PEDAGOGICOS — TRATAMIENTO MEDICO PSICO-PEDAGOGICO

Todo el personal técnico está especializado

Director: DR. FRANCISCO ELIZARRARAS G.

Secretaria: Señorita profesora Lilia Alfaro-Vega

PERSONAL MEDICO:

Psiquiatría: Dr. Francisco Nájera Chávez.

Neurología: Dr. Francisco Elizarraras G.

Oto-Rino-Laringología: Dr. Fernando Meléndez

Oftalmología: Dr. José Carlos Fernández M. Guepar.

Odonatología: Dr. Enrique Encinas Vilez.

Pediatría: Dr. Jorge Muñoz Turnbull.

Cirugía niños: Dr. Roberto Portillo Gómez.

Laboratorio: Dr. Alberto Lezama.

Laboratorio Psicotecnia: Profa. Soledad Cruz Reyes.

PERSONAL PEDAGOGICO: Jefe: Profesor Miguel Huerte Maldonado.

Profesoras: Carmen Romo, Lilia Alfaro, Josefina Saloma,

Laura Alvo Iniesta, María Cristina Lechuga y Elisa Carzón Besserer.

VITAMINA

B₁

BETABION

Merck



ante todo en
Polineuritis y neuritis
de diversa etiología.
Neuralgias, lo mismo
que oística y herpes zona
Tabletas de 3 mg: 999 u.i.
Ampolletas de 5 mg: 1cc - 1665 u.i.
Ampolletas de 25 mg: 1cc - 8325 u.i.
Dep. No. 1007 y 1008 - D.F.
"Betabion" marca registrada

Muestras y literatura: **Merck-México, S. A.**
Apartado 8619 México, D. F.

Este producto opera bajo el control de la Junta de Administración y Vigilancia de la Propiedad Extranjera.

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

DIRECTOR:

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

JEFE DE REDACCION:

Dr. JUAN PEON DEL VALLE

PUBLICACION BIMESTRAL

VOLUMEN XI. NUM. 61.

1º DE MAYO DE 1944.

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. A los que cambien su dirección se les solicita lo comuniquen a nuestras oficinas de Génova número 39, para que no sufran retardo en la entrega de la Revista.

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-Endocrinología: Dr. Fernando Ocaranza. Histología del Sistema Nervioso: Prof. I. Ochoterena. Psicopedagogía: Dr. Lauro Ortega. Criminología: Dr. José Gómez Robleda. 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. 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 Urzáiz. 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. Plínio 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. 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 Sisco 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.

Décimo Aniversario

Con el número anterior cumplió esta Revista diez años de vida. Inicia hoy el tomo XI, y deseamos en esta ocasión dedicar unas líneas de agradecimiento a los colaboradores científicos y a los señores anunciantes, que han hecho posible la existencia continuada y prestigiosa de la publicación.

Al cumplir otras anualidades pasadas, la pluma de algunos ilustres lectores o escritores de esta Revista ha brindado generosa las palabras de estímulo y elogio para los que hacemos este periódico. Esta vez somos nosotros los que queremos expresar la gratitud para quienes de manera desinteresada y entusiasta han dado su contribución, y para los que nos han enviado conceptos que guardamos con cariño como un motivo de satisfacción.

Esta Revista, la primera dedicada a la especialidad neuropsiquiátrica en México, ha podido, sin interrupción, atraso ni enmienda, a merced o a pesar de las circunstancias favorables o adversas, mantener su lugar, su seriedad, su modesto pero efectivo papel de acercamiento médico americano.

Esperamos que los colaboradores nacionales y extranjeros seguirán honrándonos con sus trabajos. Reiteramos nuestro anhelo de progreso para la Neuropsiquiatría, para la Universidad Nacional Autónoma de México, para la Patria y para América. Por esto contamos con el apoyo de lectores y colaboradores, seguros de que tales fines lo justifican ampliamente.

Las Neuritis y los Síndromes Radiculares Posteriores

Por el Dr. FRANCISCO GARATE Y VALDES

En la iniciación del estudio del trabajo que a continuación se expondrá, se tropezó con la dificultad de hacer una separación entre las neuralgias, las mono y las polineuritis que, como es sabido, la mayor parte de los autores consideran aisladamente como entidades nosológicas claramente diferenciadas desde los puntos de vista anatómico, patogénico y clínico, cosa que desde luego es rechazada por un criterio unicista sustentado en este tema y que se ha visto apoyado contemporáneamente, aun cuando no en forma marcada, por clínicos de la escuela alemana. Necesariamente se tiene que penetrar en el escabroso terreno de las hipótesis al afirmar en forma categórica que el fondo de las neuralgias se halla constituido, al igual que en las neuritis, por un proceso anatómico que altera con seguridad la función del órgano. Apriorísticamente parece una exageración unilateral la tendencia a la individualización en un solo grupo de estos tres padecimientos, pero si se examina con mayor detenimiento, es dable apreciar que los procesos funcionales de los nervios han de obedecer a la premisa lógica de una lesión más o menos observable por los métodos de investigación que hasta la fecha se emplean para estas determinaciones. En conclusión habría de pensarse que la neuralgia posee

los mismos atributos histopatológicos que las neuritis, pero con la diferencia de que aquellos no son reconocibles aun por los procedimientos tintoriales que emplean los anatomopatólogos. Con relación a las radiculitis, el problema se circunscribe: aquí la lesión es claramente la que corresponde a una neuritis de la naturaleza correspondiente, o sea tóxica, o infecciosa, traumática, etc., pero que se le individualiza y se le hace un apartado clínico a causa de que su localización ocurre en las raíces posteriores de la médula y subsecuentemente en los territorios correspondientes al segmento radicular afectado.

Verdaderamente es de suponerse que exista una razón para diferenciarla del resto de las neuritis, pero si aceptamos, como sucede con frecuencia, que las llamadas mono-neuritis ocasionan manifestaciones no solamente radiculares, sino también alteraciones en la química del L. C. R., es de aceptarse que en las neuritis de los elementos radiculares posteriores se presentan los mismos elementos que pueden hallarse en cualquiera de las hasta ahora llamadas radiculalgias.

Es de hacerse notar que en la etiología de las neuritis se encuentran diferentes factores, pero que se pueden agrupar y formar con ellos variedades de causas, que ordenen un poco lo que de por sí es anárquico y aceptar un tipo de neuritis condicionado por la refrigeración y bien estudiado en detalle en la clínica Mayer por Scharfetter. Durante la pasada guerra, Curshman tuvo oportunidad de observar un caso muy interesante de producción de una neuritis cubital a consecuencia de la aplicación continua de hielo con la mano correspondiente al tronco afectado, sobre el dedo meñique, y se cree que la forma de actuar del frío, es ocasionando un cambio del calibre de los *vasa nervorum* que ocasionaría a su vez una vasoconstricción inicial muy prolongada, lo que mortificaría los elementos histológicos neurales y a lo que sobrevendrían los cambios metabólicos que pueden reconocerse posteriormente en la estructuración de las celdillas nerviosas.

Más tarde aparecería la vasodilatación por un mecanismo de equilibrio y se presentaría el aspecto que se reconoce al hacer el estudio microscópico de los elementos enfermos, y lo que en gene-

ral es determinado por la labilidad de los vasomotores que, como es sabido, son sumamente sensibles para los cambios térmicos prolongados, al decir de Natus, Ricker y Regendanz. Además de este factor que podría considerarse en términos generales de carácter físico y de un modo de actuar escasamente conocido, se podría, ajustándose a las divisiones clásicas, dividir las causas en tres grandes grupos que estarían constituidos por las infecciones, los traumatismos y las intoxicaciones, entre las que subdividiríamos a su vez las exógenas y las endógenas, siendo entre las primeras consideradas como agentes tóxicos los metales pesados y las sales de diversa índole que pueden ser introducidas al organismo con miras terapéuticas o accidentalmente. Entre los factores que intervienen en las intoxicaciones endógenas se advierte que pueden actuar como nexos elementos de constitución química conocida, entre las cuales se pueden citar el ácido úrico en la gota, la glucosa en la diabetes, etc. Pero a este grupo deberá ser añadido el capítulo muy amplio de las neuritis ocurridas en las avitaminosis y lo que es más frecuente en las hipoavitaminosis que tienen un interés mayor para la clínica: el beriberi es una de las principales fuentes de las neuritis, tanto clínicas como experimentales, siendo de estas últimas sumamente conocidos los trabajos realizados sobre animales sometidos a una dieta desprovista de la vitamina B₁. Al igual que sería factible realizar la enumeración de las experiencias hechas con otras vitaminas, pero que en vista de los aleatorios resultados no ameritan una consignación detallada. Entre las neuritis originadas por los procesos infecciosos, es bien sabido la coherencia entre los padecimientos microbianos y las localizaciones, en ocasiones primitivas pero las más veces secundarias, sobre los elementos neurales. Deberá tenerse en consideración que el nexo no es tan sencillo de explicar como podría suponerse a primera vista, pues es evidente que las afecciones neuríticas no son simultáneas, casi nunca, con el padecimiento que las origina, siendo más bien consecutivas a éste, lo que hace pensar en que si el organismo afecto se halla libre de un padecimiento infeccioso agudo y contagioso como sucede en la difteria, después que ha evolucionado, y entonces comienzan las manifestaciones de la lesión a los tejidos nerviosos,

habrá de aceptarse que no es justamente el germen el que tiene su localización en las células nerviosas, sino que las toxinas de éstas son las que actúan posteriormente a la declinación del padecimiento. A este respecto no podrá desecharse la importancia adquirida actualmente en la patogenia de estas enfermedades por los virus neurotropos que en innúmeras ocasiones son los responsables de las localizaciones en estos elementos, y según Hudoverig tienen su probable acceso al organismo a través del tejido linfoide amigdalino. Es debido a esto que son sumamente frecuentes las neuritis de etiología desconocida y que a medida que progresen los procedimientos de identificación microbiana en el aspecto de los virus hasta la fecha desconocidos, se irán ampliando los orígenes de las neuritis infecciosas. A modo de ejemplificación se mencionarán las infecciones herpéticas ocasionadas por virus de notable afinidad por los elementos neurales. Hay además entre los padecimientos crónicos, un grupo que con gran frecuencia da localización a lo largo de los trayectos nerviosos y que se individualizan por presentar como atributo primordial su carácter crónico, siendo en orden de frecuencia y de importancia las siguientes: lepra, tuberculosis y paludismo, sin que se pueda eliminar, sin cometer un grave error, a la sífilis, que es responsable en gran parte de las neuritis y que se manifiesta con mayor asiduidad esta predilección en las tabes, en donde las manifestaciones algicas y motoras son bien sistematizadas y conocidas por todos los clínicos.

Como corolario a la etiología de las neuritis es dable agregar los agentes tóxicos exógenos más conocidos y entre los que se hallan el alcoholismo, tan intenso en nuestro medio, y las toxicomanías ocasionadas por narcóticos del tipo de la morfina y los demás enervantes usados para estos fines. En los trabajadores de las industrias con frecuencia se manifiestan las neuritis como consecuencia de la absorción de metales pesados, como el mercurio, el cobre, el plomo, el arsénico y el fósforo, los que probablemente no actuarían en forma tan eficiente de no hallar un terreno tarado preponderantemente por los dos factores siguientes, que constituyen un problema de las colectividades humanas: la sífilis y el alcoholismo.

En vista de que el presente trabajo ha venido desarrollando en conjunto los padecimientos que afectan a los troncos nerviosos y que han sido englobados bajo el nombre genérico de las neuritis, se seguirá esta norma en el resto, englobándose en ellas las neuralgias, las polineuritis y los síndromes radiculares posteriores. Es verdad que en la neuralgia no se encuentra el substratum histopatológico de los procesos inflamatorios de esta porción del neuroeje, pero como se había indicado en el principio del trabajo, es quizá por defecto de las técnicas de investigación el no poder determinar el aspecto lesional en estos casos, pero que haciendo a un lado este género de consideraciones es posible dividir en dos grupos histológicos a las neuritis, siendo unas de carácter inflamatorio intersticial y las otras parenquimatosas endo y perineuríticas; las que tan sólo pueden diferenciarse en los estados avanzados del proceso y en las que se observan exudación serosa y hemorrágica y sinuosidades capilares del perineuró. Las lesiones parenquimatosas son de preferencia degenerativas con destrucción de las fibras de mielina y desaparición del neuroeje y proliferación abundante y característica de las células de Schwann. Levaditi señala la existencia de las células de Hortega que absorben lipoides y posteriormente los eliminan realizando en esta forma una labor de neuronofagia. Gombault ha señalado la existencia de un grupo diferenciado por sus características anatomopatológicas y al cual ha denominado neuritis segmentaria periaxil, en que la degeneración se observa solamente a tramos de la neurofibrilla y que afecta a la mielina, en tanto el cilindro eje se conserva intacto y que es muy frecuentemente observable en el alcoholismo, difteria y fiebre puerperal. A modo de ampliación de los datos precisados se halla una forma descrita por Kimura y que consiste en la lesión preponderante en la destrucción del cilindro eje, respetándose las vainas de mielina en forma limitada sin que por ello deje de observarse una degeneración discreta periaxil. Petter afirmó que las neuritis son padecimientos que tienen como origen un proceso de la raíz correspondiente y que las porciones distales solamente sufren posteriormente a consecuencia de procesos degenerativos consecutivos, apoyando su aserto en la frecuencia de la linfocitosis en el

L. C. R. en casos de neuritis, suponiendo que no solamente concluya la afección en el tronco nervioso ni en la raíz, sino que es de toda probabilidad según el autor mencionado la intervención de las meninges y de la médula; sin embargo, es de pensar hasta cierto punto en lo contrario a causa de la selectividad en la fijación en los territorios distales y fundamentalmente en los finos ramos nerviosos de las noxas tóxicas y microbianas, pero fundamentalmente las primeras, pues como se recordará en varias modalidades de intoxicaciones exógenas, y entre ellas el plomo, tienen una distribución típica y claramente sistematizada en el territorio afectado. Este mismo criterio es sustentado por Klemperer para las radiculitis y sus manifestaciones algicas, quien expresa con toda precisión que la naturaleza de las radiculitis presentan todos los atributos que connotan a las neuritis en general y a las consideradas hasta ahora como polineuritis y que han sido englobadas en el trabajo presente y que por tal razón cree deban ser consideradas en un solo grupo, que sin embargo de entreverar no se atreve con decisión a enunciar. Levaditi tiene estudiadas las ectodermosis neurotropas, de las que resalta la importancia de las encefalitis, la poliomiелitis anterior aguda, a más de otras de menor importancia clínica y a las que subdividió en dos categorías, siendo una de ellas que tiene predilección y asiento en la sustancia gris del neuroeje y la otra que afecta de preferencia a la sustancia blanca y que por ende constituyen las neuritis, originadas la mayor parte de las veces por el herpes zóster y a las que se puede sin graves escrúpulos agregar las infecciones herpéticas en general. De acuerdo con los estudios realizados por investigadores entre los que se encuentran Marinesco, Draganescu, Nicolau y otros, la propagación e invasión de los gérmenes a través de las vainas nerviosas es en sentido retrógrado, es decir en dirección de la periferia hacia la porción central del neuroeje, pero puede darse el caso también de que la propagación tenga una dirección inversa y entonces sea descendente, es decir, progresando de la porción central a la periférica, interviniendo en tal fenómeno las condiciones físicoquímicas de las celdillas nerviosas, lo que en otras palabras quiere indicar las condiciones en que se encuentra el equilibrio ácido básico

de los protoplasmas y las condiciones, subsecuentemente, de la electropositividad y electronegatividad de las estructuras moleculares de los contenidos histicos y de los virus. Con un carácter diferente también intervienen las células de microglia que son las que realizan la absorción de lipoides y en esta forma ocurren cambios en los elementos enfermos a expensas de las células de Hortega y que en el fondo son las que determinan las modificaciones en los tejidos y que se advierten durante el período de estado. Tal como se indicaba hace un momento acerca de las condiciones fisicoquímicas del protoplasma celular, sería conveniente añadir la hipótesis de la pérdida de la relación constante que se halla establecida entre las lecitinas y coleslerina, lo que ocasionaría un desequilibrio a consecuencia de la deficiencia de corticosterona en el organismo y acarrearía con ello una labilidad del sistema nervioso y a cuya consecuencia se fijarían con mayor facilidad los agentes responsables del gran capítulo de las neuritis en donde se engloban los procesos ya enumerados y que con tal finalidad se reitera, pues en el fondo es el contenido esencial del trabajo, puesto que como entidades aisladas son bien conocidas por todos, y por lo mismo el interés de él se vería ante ustedes, con toda probabilidad, extraordinariamente mermado. Con ese objeto, el de precisar todo el mecanismo de estos padecimientos, Schmidt y Maguire tras largas investigaciones concluyeron que al extirpar en animales de laboratorio la corteza de las glándulas suprarrenales, sobreviene un aumento de coleslerina circulante en el plasma y disminuye el coeficiente de las lecitinas, ocurriendo entonces que si se suspende la ministración de arroz con tegmen aparecen rápidamente los fenómenos inherentes a las neuritis por hipovitaminosis, y si entonces, subrayan los citados investigadores, se adiciona a la dieta avitaminada extractos de corteza suprarrenal, desaparecen las manifestaciones que habían hecho su aparición en el principio de la experimentación, lo que patentiza meridianamente el efecto metabólico y defensivo que para estos padecimientos representa la hormona de la corteza suprarrenal (Waskozki, Peritz, Leupold y Bogendarfer). Tan sólo en este sentido nos resta indicar el mecanismo ya indicado en sus lineamientos generales de las

neuritis originadas por posibles padecimientos de los *vasa nervorum* de carácter inflamatorio del endotelio y a cuya consecuencia habría déficit nutritivo y por lo mismo el nervio sufriría. Sobre este último mecanismo no se ha establecido si simplemente la insuficiencia circulatoria será bastante para causar los fenómenos señalados o sería indispensable la participación de los agentes eficientes indicados. Sin embargo es de creerse que las solas causas circulatorias sean suficientes, puesto que en caso de no llegar los elementos nutritivos necesarios, la anoxemia y consecuentemente la falta de oxidasas y reductasas, a nivel de la celdilla, son por sí solas capaces de originar las lesiones del nervio. Entre las neuritis de las que no se conoce el modo de actuar de sus causas hallamos la atrofia muscular neurítica y que más que una verdadera neuritis parece corresponder a las abiotrofias francamente genotípicas y abiertamente degenerativas, lo que las excluye, propiamente hablando, del cuadro que se describe de las neuritis.

Realmente considerando desde un punto de vista sintomatológico, en todo rigor, tan sólo se encuentran razones para establecer una diferencia de nomenclatura entre las neuritis, polineuritis y síndromes radiculares posteriores, causa de la especial distribución de los territorios afectados, siendo lo mismo que ocurre cuando se realiza la discriminación entre las mono y las polineuritis y se las considera a causa de su preponderancia clínica en sensitivas y motoras por la mayor riqueza sintomática sensitiva o motora. Entre las primeras se encuentran agrupadas, para permitir la homogeneidad del cuadro de las neuritis, a las neuralgias, que como se recordará, tan sólo representan lo que hasta ahora se ha pensado es una disfunción de los troncos nerviosos periféricos, pero que en el fondo, como ya se había indicado al tratar en general la histo y la fisiopatología, existe una lesión anatómica en las cercanías o a distancia, lo que se ve condicionado por factores de suma importancia; focos sépticos cerrados, caries ósea, dental, etc., y así es como cita Klemperer un caso clínico en el que la supuesta neuralgia estaba siendo ocasionada por el empaste de amalgama de varias piezas dentarias, las que, al ser removidas condujeron a la desaparición de la neuritis hasta ese momento con-

siderada neuralgia. Visto que también el término de neuritis engloba todos los padecimientos enumerados y que en la evolución de ellos se pueden presentar indistintamente esos diferentes estadios, como en el caso citado por Petter en el que sucesivamente se presentaron una ciática, más tarde un brote de herpes zóster y posteriormente de nuevo la ciática, se puede justificar así, el que también sintomáticamente se condensen estos padecimientos considerados hasta la fecha aisladamente y tan sólo ligados a través de nexos establecidos con otros padecimientos de un mismo sistema.

Como se decía anteriormente, los matices de las neuritis son sumamente diversos y sus límites indiscutiblemente muy amplios, desde los más discretos fenómenos sensitivos hasta los más amplios estados deficitarios motores, incluyendo el amplio capítulo de las formas mixtas que quizás sean las más abundantes. Los trastornos tróficos, las ataxias y las modificaciones más acentuadas de la tonicidad y de la reflexia, pueden ocurrir en estos procesos, siendo en particular los dolores de lo más variado en cuanto a su intensidad se refiere, y también en cuanto se relaciona a la distribución y a las condiciones en que se efectúa. Así, considerando en particular los caracteres de la intensidad, se pueden recoger indistintamente semejanzas a las crisis tábicas, cuando la localización es vertebral o paravertebral o más frecuentemente en la región cervical, hasta aquellos casos en que la manifestación algica es suave, tenue, o a lo sumo se presenta como un dolor sordo con exacerbaciones al palpar los trayectos nerviosos. Hay ocasiones en que la neuritis de un nervio exclusivamente motor, como es el facial, presenta en un principio exclusivamente síntomas dolorosos que se piensa podrían ser explicados por las anastomosis sensitivas que el séptimo par craneal recibe en su trayecto probablemente endocraneal; siendo la localización dolorosa de mayor sufrimiento a nivel del orificio estilo-mastoideo, inmediatamente por detrás del pabellón auricular y que en determinadas circunstancias puede irradiarse hacia el interior del conducto auditivo, lo que acontece en los primeros días del proceso inflamatorio que afecta a este par craneal, y que es de carácter poco intenso, continuo, que

tarda en desaparecer y que es interrumpido por exaltaciones de gran violencia. En la causalgia el dolor también es profundo, lo que hace gritar a los enfermos, de carácter intermitente las más de las veces y que es rebelde a los narcóticos, descubriéndose en su origen en algunas ocasiones, las lesiones inflamatorias de las terminaciones nerviosas y producidas por traumatismos productores de heridas contusas. Acompañan a los datos anotados fenómenos vasomotores y tróficos, posiblemente como consecuencia de la participación del simpático periarterial en el proceso. La presión es dolorosa en toda la extensión del nervio enfermo, pero con frecuencia solamente en ciertos puntos de elección aparece la manifestación dolorosa y en algunas ocasiones, al realizar la presión, los dolores se irradian al plexo y quizás también alcancen en altura las raíces posteriores de la médula correspondientes al nervio explorado, encontrándose también, aun cuando la distribución sea aparentemente monorradicular, el resto de los troncos nerviosos del organismo sensibles a la mano exploradora, aun en los territorios más alejados de la zona que se halla enferma. Se puede, al palpar, descubrir también el engrosamiento troncular consecutivo al proceso neurítico, no sólo en la neuritis intersticial hipertrofica progresiva, sino también en las infecciones crónicas como la lepra y en las neuritis por intoxicaciones, en las que Oppenheim cita la hipertrofia, es decir, el engrosamiento que ocurre en el alcoholismo intenso y también en las neuritis ocasionadas por corrientes eléctricas de alta frecuencia que obraron en forma traumatizante sobre los troncos y las terminaciones nerviosas de los miembros, sucediendo en un principio manifestaciones irritativas de la neurona motora, que consisten en temblores fibrilares y espasmos musculares. Resumiendo podremos encontrar en las neuritis mixtas, en términos generales, y de acuerdo con su extensión, mayor o menor intensidad y localización, paresia o parálisis flácidas con atrofia degenerativa y contracciones fasciculares espasmódicas a las que se agregaría hiperestesia con adolorimiento de los troncos nerviosos e hipo o anestesia y posiblemente en los períodos regresivos sea factible descubrir parestesias de diversa localización, pero que las más de las veces están represen-

tadas por las acroparestesias. De esta naturaleza, parestésica, es la neuralgia de Roth, con sensación de picotazos, en ocasiones dolores terebrantes, en otras urentes, adormecimientos y que tienen su asiento en la distribución del fémoro-cutáneo.

Prácticamente se ha abordado la fracción correspondiente a las formas clínicas, pero como este aspecto es el más conocido de todos, principalmente por lo que respecta a algunas de ellas y obviando la extensión del trabajo, solamente se mencionarán en particular y en forma de todos modos somera, aquellas más interesantes a causa de las deducciones que de ellas puedan colegirse, o formas que por su infrecuencia tengan alguna trascendencia desde el punto de vista clínico, pero sin que se pierda la relación establecida para todas las formas que se mencionen, de radiculitis, polineuritis, neuralgias, y que como se indicó integrarán el capítulo único de las neuritis como entidad nosológica, en el que se incluyen por sus atributos especiales y que no se les permite mayor autonomía que la correspondiente a cualquier forma clínica de cualquier padecimiento. Como ejemplo de forma clínica de las neuritis, se tomará, por su importancia, en primer lugar a las inútilmente consideradas como padecimientos aparte, es decir, a las radiculitis que consisten en esencia en un síndrome sensitivo o motor que casi siempre es sensitivo, y que es determinado por la inflamación de las raíces espinales y que para Dejerine, Lenhardt y Worero, serían la mayor parte de las veces la resultante del *coup de velière* (golpe de ariete) o contragolpe que a consecuencia de un traumatismo cualquiera pudiera conmocionar al líquido céfalo-raquídeo y en masa proyectarlo sobre las superficies de las raíces espinales y que por tal mecanismo actuaría como agente mecánico indirecto. Es de preguntarse ¿por qué, aparte la localización del trauma, han de considerarse como diferentes las radiculitis de este tipo y las neuritis a que se ha hecho mención en forma insistente en todo este trabajo? No es de creerse que los dolores tengan un tipo distintivo en ninguno de los dos casos, ni que el traumatismo por su naturaleza de indirecto, como dicen Dejerine y Worero, deje de ser un agente mecánico causal al igual que el que origina cualquier proceso inflamatorio, troncular nervioso,

que tampoco en nada puede diferenciarse histopatológicamente hablando, de la inflamación, por causas mecánicas, tóxicas o degenerativas e infecciosas, que se invocan con tendencia de particularizar en el caso de las radiculitis. ¿O es que acaso es desconocido para alguien que la inmensa mayoría de las ciáticas (neuralgias esenciales como todavía se las llama) no son otra cosa que la expresión de una neuritis radicular casi siempre por compresión a nivel del funículo o la manifestación de un proceso inflamatorio por alguna de las causas tantas veces mencionadas, o también consecuencia de las alteraciones inflamatorias del endotelio vascular de las neuro-arteriolas? No puede pasar inadvertido que todas son manifestaciones comunes que por un afán esotérico se han encuadrado de continuo en clasificaciones diversas y que, perdiendo la finalidad didáctica de las obras y obedeciendo a fines exclusivamente especulativos y quizás dialécticos, se ha llevado la desorientación, de preferencia al médico general, en estos temas. Si no fuera esto, habría que precisar el interés que para un clínico dado puede tener el conocimiento que nos dan Pick, Eggertromberg, Dejerine, etc., de que las acroparestesias presentan los caracteres que les son comunes, y que todos conocemos: adormecimientos, calambres, piquetes, etc., y que obedecen las más de las veces a una radiculitis atenuada, cuando en el fondo se trata de una neuritis radicular poco intensa, acompañada de los cambios inherentes a tales procesos en el L. C. R. y que no son un distintivo absoluto de las radiculitis, pues aun cuando las funiculitis casi nunca se acompañan de cambios de líquido, y otros casos en que sí sucede, como puede acontecer en cualquier neuritis, lo que no establece una diferencia en el origen del padecimiento, puesto que si la raíz medular se halla bañada por el L. C. R. es muy lógico que se acompañe con mayor frecuencia de cambios de la constitución bioquímica de éste, que cuando la neuritis tiene su asiento, por ejemplo, en el ciático popliteo externo. Otra de las consideraciones que se establece para hacer la diferenciación entre los procesos radiculares y los de tipo nervioso periférico estriba en las bandas de distribución de los fenómenos radiculares que siempre, como se explica dada la topografía de la lesión, son en bandas o en fran-

jas y que los procesos periféricos en todas las ocasiones están de acuerdo con el trayecto troncular y sus zonas de inervación. El conocimiento es muy útil al emplearlo en la determinación de la altura del padecimiento, pero deja de serlo cuando se implica a consecuencia de la diferente localización una diferente etiología, anatomía patológica, patogenia, etc. En las funiculitis los principales elementos distintivos para el establecimiento topográfico de la lesión anatómica y que corresponde a la función comprendida entre el ganglio correspondiente y el plexo que continúa y que en términos generales equivale al trayecto de la neurofibra a través del agujero de conjugación, lugar que por sí solo explica la frecuencia tan acentuada de tales padecimientos si se toma en cuenta, como lo hace Sicard, la extraordinaria cercanía de las regiones apofisiarias en donde tienen su asiento procesos de etiología tan diversa, pero que en todos los casos altera en alguna forma la dinámica vertebral y consecutivamente los órganos contenidos o próximos a su estructura, como sucede en las infecciones vertebrales, en las deformaciones, en las caries, en las espondilolistesis, en las enfermedades metabólicas que asientan en este nivel, sin que sea preciso mencionar el sector tan amplio que corresponde a las luxaciones, fracturas, protusión de meniscos, etc. Entre las principales afecciones que es oportuno mencionar como causas en particular de esta localización neurítica, se tienen, según Forester, a la sífilis en primer término y a la tuberculosis, así como a la fiebre de Malta. Dejerine afirmaba que la sífilis era la responsable de un elevado porcentaje de las neuritis funiculares y daba como cifra estadística la del 80%, pero con Tixier, Sezé, Barraquer, Barré, y Van Bogaert se ha demostrado que son muchas más las neuraxitis de causa indeterminada y que quizás sean ocasionadas por los virus filtrantes, a los que es dable creer coadyuve la sífilis en forma importante. Considerada en especial esta forma clínica de las neuritis, no presenta diferencia alguna con las de otra topografía anatómica. Las algias a ese nivel pueden tener los mismos caracteres anotados en relación a otras neuritis, pero como corresponde a la participación del funículo son siempre unilaterales y condicionan la defensa de postura antiálgica paravertebral y que

como es de suponerse estriba en rigidez de la columna y desviación hacia el lado contrario al afecto. Para establecer esto es sumamente sencillo realizarlo desde el punto de vista diagnóstico, ya que el paciente aquejado de este mal es el primero en enunciarlo espontáneamente. Como modalidad especial por elongación de los elementos mencionados, es decir, tronco, plexo, funículum y raíz, encontramos las parálisis de Duchene-Erb, cuando las raíces correspondientes son la V y la VI cervical, que cuando es la VIII cervical y la I dorsal aparece el síndrome de Klumpke-Dejerine, de cuya distribución ya no nos es posible ocuparnos a causa de la extensión que alcanzaría el tema, pero sin dejar de mencionar que el último de los síndromes es frecuentemente acompañado del óculo, simpático, paralítico de Bernard-Horner y en cuya patogenia nos vemos obligados a no entrar en detalles.

En forma condensada y muy somera seguirán enunciando las diversas formas clínicas de neuritis para que queden englobadas en esta entidad clínica modernamente considerada, en la que se agrupan las nociones adquiridas con anterioridad a los padecimientos inútilmente diferenciados. Se revisarán en primer término las formas especiales de neuritis ocasionadas por avitaminosis y aquellas que, aunque no son directamente responsables los factores vitamínicos, sí son una consecuencia de procesos que evolucionan en forma autónoma como en la polineuritis del carcinoma, las afecciones hepáticas y el embarazo que puede ocasionar por déficit de la absorción de vitaminas las consecuencias conducentes en los territorios nerviosos, ocasionados en muchas circunstancias por deficiencia en el aporte nutritivo observable en las discrasias de diversos orígenes y por último en las caquexias. Entre las primeras, las avitaminosis e hipo-avitaminosis, se encuentran de preferencia las debidas a la carencia de vitamina B₁ o antineurítica, sucediendo en aquellos casos en los que está sumamente comprometida la alimentación de grandes masas, como sucede en las guerras, en las que este factor deberá atribuirse decisivamente a la aparición de grandes núcleos de neuritis. En la senectud puede ocurrir que haya pérdida de la capacidad de absorción de las vitaminas por disminución en la sangre y en los tejidos, de los ele-

mentos químicos necesarios para que la asimilación se efectúe. Esto es lo que brevemente puede decirse con relación a las formas clínicas de neuritis de causa endógena, pues en lo que respecta a las exógenas se hallan limitadas casi con exclusividad, dada su importancia, a la neuritis etílica que tiene una trascendencia especial a causa de su frecuencia. Es muy fácil encontrar en el medio que nos rodea este tipo de neuritis a causa del gran incremento que ha tomado la ingestión de bebidas alcohólicas, de preferencia aguardiente, a lo que se suman los padecimientos infecciosos que transforman el tejido nervioso en un órgano fácilmente atacable por cualquier agente tóxico y exógeno, entre los que encontramos las sífilis antiguas, la tuberculosis, a las que se suman como factor predisponente los esfuerzos, los abusos sexuales, el *surmenage*, etcétera. Von Leyden distingue tres formas diversas de neuritis alcohólica: la atáxica, la amiotrófica y la hiperestésica. La primera, que se considera una seudotabes alcohólica, tiene la sintomatología de este padecimiento, diferenciándose tan sólo de las tabes por la ausencia de los signos característicos de ella, a saber: el signo de Argyll-Robertson, reacciones serológicas, acompañándose en cambio de abolición de reflejos patelares, marcha tábica y las manifestaciones dolorosas tan frecuentes de este padecimiento que se revelaban en forma muy intensa en los miembros, en la espalda y en las plantas y en los pies, apreciándose además debilidad motora y anestesia en algunas ocasiones dissociadas en los territorios afectos. Posteriormente toma la enfermedad el curso de las neuritis amiotróficas, disminuyendo simétricamente el volumen de los grupos musculares enervados por el peroneo y por el radial respectivamente, en las piernas y en los brazos, en donde siempre son más lesionados los grupos musculares ectromélicos. Los nervios craneales pueden sufrir en este tipo de neuritis a consecuencia de encontrarse lesionados los núcleos y no los nervios periféricos y en estos casos corresponder a las formas descritas por Wernicke, pudiéndose observar también anisocoria y nistagmus independientemente de hallar neuritis ópticas, en las cuales el carácter permanente es el escotoma central de la retina. Su evolución es sub-aguda y puede aparecer inmediatamente después de un padecimiento in-

feccioso, durando varios meses para lograrse el completo restablecimiento y al que es indispensable la absoluta abstención de alcohol. Las formas hiperestésica y amiotrófica son sumamente explicativas en su nomenclatura y de relativa escasa frecuencia por lo que no se mencionan mayormente, pero que pueden ir acompañadas de trastornos psíquicos y constituir entonces el síndrome de Korsakov y también denominado polineuritis demencial y de la cual nos ocuparemos en seguida. Este es un síndrome caracterizado por desorientación, amnesia y fabulación, a lo que se añade un cuadro neurítico más o menos amplio y que es la manifestación de las lesiones de la sustancia blanca y de la gris, de lo que se habló al tratar la forma de actuar de las causas y las lesiones histopatológicas que se presentan en tales padecimientos. Además de los síntomas mencionados hay que añadir un estado febril que puede ser muy intenso y que tiene en cierto aspecto un valor pronóstico bastante importante. Las alucinaciones son de rigor para poder en forma concreta identificar este cuadro tan característico y de tan particulares manifestaciones entre las neuritis. Visto en general puede decirse que es la única forma clínica de las neuritis además de la pelagra, que tiene un lugar en las enfermedades psiquiátricas y que por lo tanto es de mayor trascendencia su conocimiento, pues se encuentra frente a un padecimiento que por su índole no le corresponde, pero que dada su frecuencia en la consulta debe conocer y saber diagnosticar para poder formar un criterio, médicamente hablando, exacto. Con todo y lo brevemente que se está tratando el asunto de las sintomatologías de las neuritis en especial, no es posible pasar inadvertido el decir que no es obligado para una neuritis alcohólica hacer un síndrome de Korsakov, pero débese establecer en todo caso la diferenciación entre los matices del psiquismo de los alcohólicos en general, cuando el tóxico ha sido ingerido de tiempo atrás, y que como es sabido son siempre modificaciones en la afectividad del enfermo, que se vuelve irritable y su orientación tanto espacial como temporal sufre un menoscabo, pero sin llegar la afectividad a verdaderas ideas delirantes, ni a sufrir alucinaciones y en la orientación sin llegar

nunca a la amnesia más completa, sobre todo anterógrada, a que llega la modalidad mental de las neuritis que nos ocupan.

Las demás manifestaciones neuríticas son las que aparecen en el resto de las intoxicaciones con algunos matices especiales que no es posible identificar más que en un trabajo monográfico. Es claro que de ser posible se irán mencionando una a una todas las formas clínicas de las neuritis para hacer cada vez más fuertes los nexos de nuestra clasificación, pero en ese camino transformaríamos en inacabable lo que de por sí debe ser claro y conciso y en vista de lo cual nos ocuparemos por un momento de la neuritis saturnina, que es el prototipo de las neuritis con distribución especial y casi siempre semejante, ocurriendo en los linotipistas y en general en todos aquellos obreros industriales que se hallan en contacto directo y prolongado con materiales de plomo. Neidling Feltmann dice que en un núcleo bastante extenso de trabajadores del plomo ha encontrado en la mayor parte exaltación de reflejos y en una minoría abolición de los mismos. Casi siempre se halla precedida la neuritis saturnina por el cólico saturnino, palidez acentuada de los tegumentos y el ribete gingival de Burton que permiten a la vez que las modificaciones en la forma de los glóbulos rojos, diagnosticar precozmente esta intoxicación. La distribución de la parálisis es en el territorio del radial bilateral pero comenzando casi siempre por la extremidad que realiza mayor número de esfuerzos y evolucionando en forma crónica o subaguda, pero con carácter progresivo. Raramente se presenta este tipo de parálisis en las extremidades inferiores en el adulto, siendo relativamente más frecuente en el niño.

De acuerdo con la clasificación de Dejerine-Klumpke hay tres formas de evolución: de generalización lenta; de generalización rápida y la forma febril, siendo ésta bastante rara.

La neuritis arsenical es una forma bastante rara de neuritis y casi siempre se presenta condicionada por una tentativa de suicidio o de homicidio, lo que de momento no nos detendremos a detallar, pero en cambio sí es de consignarse por su importancia la observación hecha por Sérari y Chabanier en los casos sífilíticos tratados con arsenicales y que han presentado marcha atáxica, lo

que ha sido diagnosticado de tabes y era la expresión neurítica de la intoxicación por el arsénico. De la misma manera que en la neuritis arsenical, la importancia de la mercurial se refiere a la ocasionada no por los vapores desprendidos del cinabrio y absorbidos por los trabajadores de las minas de esa naturaleza, sino por los enfermos que reciben tratamientos intensivos mercuriales y hace neuritis no por el padecimiento que evoluciona en ellos y sí por la terapéutica mercurial.

A este respecto dice Oppenheim que probablemente los enfermos de sífilis estén predispuestos por su enfermedad a desarrollar la neuritis mercurial, a causa de que en tales padecimientos el metabolismo lipoideo está sumamente alterado y por ende es muy fácil que el mercurio actúe en forma tan intensa sobre el sistema nervioso periférico. Como dato curioso se agregará el descubrimiento realizado por Stock y que consiste en haber precisado el origen de neuritis en sujetos que llevaban obturaciones en sus piezas dentarias hechas con amalgama que ya se sabe lleva un contenido de mercurio. Además de las neuritis que se indicaron hay otras muchas entre las que se encuentran las producidas por el óxido de carbono, el sulfuro de carbono, el dinitrobenzol, el antimonio, el cobre, el sulfonal y la morfina, etc.

La neuritis diftérica, como su nombre lo indica, pertenece ya a las que con más frecuencia se presentan de entre las post-infecciosas y que aproximadamente hace su aparición en un 15% de los casos de difteria. Tan solo se dirán unas palabras acerca de las experiencias hechas por Babonneix, que demostró que la toxina diftérica era neurotrópa al inyectarla en un ciático. Los principales síntomas de esta neuritis están representados por la parálisis de los velos del paladar, la parálisis de la acomodación que impide que los enfermos puedan leer durante el curso de su padecimiento, y además la ataxia que es el último síntoma en presentarse y que es acentuado, pero que regresa con cierta rapidez, acompañado de abolición de reflejos y parálisis más o menos extensas de las extremidades, pero siendo muy rara la afección del séptimo par. El pronóstico es bastante bueno, excepción hecha de

las veces en que se ven afectados el neumogástrico y el frénico, ocurriendo entonces con relativa frecuencia el deceso.

En la neuritis leprosa se ven afectados en orden de frecuencia los territorios del cubital y el mediano, después el peroneo y por último el facial en forma bilateral, lo que constituye la máscara leprosa de Barraquer, en donde se puede observar blefaroptosis. Más importante que esta última es la denominada polineuritis epidémica y que ha sido bien estudiada por Marinesco y Draganescu además de muchos otros clínicos, quienes la diferencian de la encefalitis letárgica con la que tiene gran similitud, basándose sobre todo en la anatomía patológica y las secuelas. Se trata de un proceso en el que participan los troncos, las raíces y aun las meninges y la sustancia blanca y gris, de carácter inflamatorio y en donde es posible observar somnolencia patológica y diplopia. Lilienstein describe algunos casos en que el parecido entre los dos padecimientos era tan grande que realmente no se podía precisar de qué naturaleza era.

Moog y Scharnke al citar sus estadísticas son poco claros y además sus observaciones no tenían el carácter epidémico que es indispensable para poder valorar el padecimiento. Este evoluciona al iniciarse como un síndrome febril al que se agregan síntomas de la serie meníngea, como cefalalgias, vómitos, Kernig, rigidez de la nuca, etc. Hay en el L. C. R. xantocromia, disociación albúmino-citológica. Hay signo de Lasègue y dolores fulgurantes de las extremidades, así como parálisis flácidas con abolición de reflejos, hipotonía, pérdida de fuerzas, etc. La sensibilidad prácticamente no está alterada y los pares craneales quedan siempre a salvo. La mortalidad no es muy alta, pero siempre deberá tomarse en consideración.

La parálisis ascendente de Landry es probable que no corresponda a este capítulo, pero de todas maneras se incluirá a causa de que tiene cierta semejanza a los padecimientos inflamatorios nerviosos periféricos con la sola diferencia de que evoluciona en los elementos histológicos anteriores de la médula y que en su calidad de síndrome puede ser originado por cualquiera de los factores etiológicos que se mencionaron en un principio. La causa

más frecuente de síndrome de Landry está constituida por la poliomiélitis anterior aguda y se identifica por su curso ascendente y su evolución fatal al alcanzar, en la mayoría de las veces, las formaciones bulbares y determinando desde luego la parálisis respiratoria por la participación del X par. Puede ser causa de este síndrome también, como de cualquier otra neuritis, el sarampión, las infecciones postvacunales y cualquiera enfermedad exantemática o infecciosa, a la vez que las intoxicaciones son capaces también de producirlo, dando su apariencia por la forma que adquieren ascendentemente cordonal. (Brusilowski y de Jong.)

Las consideraciones que pudieran realizarse sobre las anotaciones anteriores son del todo obvias si se toma en consideración que se han venido haciendo durante el transcurso del tema y que por demás están cuando su finalidad estriba en hacer la integración definitiva de un cuadro a causa de la concordancia entre esos padecimientos antes considerados aisladamente y que se busca simplificar en su aprendizaje para tener una más firme orientación que permita reconocerlos sin tener que recurrir a los ardidés de las clasificaciones que tanto daño ocasionan, en su afán complicado, a quien gusta del sencillo conocimiento que no recurre a otra argucia que no sea la de ser de alguna utilidad objetiva.

NOTAS SINTETICAS

Por J. P. V.

NARCO-ANALISIS

Interesante librito de J. Stephen Horsley (Oxford University Press, London, Humphery Milford, 1943) que tuvo la gentileza de remitir British Medical Information Service. Tiene catorce capítulos, de los cuales los más salientes y mejor tratados son los relativos al origen y técnica narco-analítica, a los barbitúricos, a los casos de psicosis de guerra, a los sueños y a las reacciones especiales, siendo el más débil el relativo a la simulación.

ASFIXIA EN ELECTROCHOQUES

La fase de apnea que habitualmente se presenta durante los electrochoques, variable según los enfermos, y que por sí sola desaparece a los pocos segundos, pudiendo ser combatida en caso de prolongarse por medio de movimientos de lateralidad de la cabeza, excitación de la mejilla, abatimiento de la lengua, inyección de agua con jeringa otítica en el conducto auditivo externo y con respiración artificial, métodos de Sylvester y de Schäfer, no cede a los métodos farmacológicos y puede ser prevenida (según defiende Haines en el Psychiatric Quarterly de enero de 1943, Nueva York) mediante la hiperventilación previa al electrochoque; las respiraciones profundas y forzadas surten de bióxido de carbono-oxígeno, cuyas variaciones respectivas norman los fenómenos de inspiración y expiración.

SECRETO MEDICO EN PSIQUIATRIA

Entre los autores sudamericanos que recientemente han tratado el tema (Nerio Rojas, Isaac Horvitz y otros) se admite que el delito de violación del secreto profesional en medicina requiere cinco condiciones: 1º el autor del delito debe ser un médico; 2º el secreto debe haber sido conocido en el ejercicio de la profesión; 3º al ser divulgado debe haber la posibilidad de causar daño o perjuicio; 4º la revelación debe ser consciente y voluntaria, aunque no involucre la intención de perjudicar; 5º falta de causa justa de orden legal o moral que ordene la divulgación. Este quinto factor es el más débil y el que ha motivado mayores desacuerdos. Deben existir las cinco condiciones para calificar el delito. Las diferentes legislaciones soslayan el problema en muchos de sus aspectos, y en las polémicas siempre han aparecido casos que quedan dudosos. La Revista de Ciencias Penales de Santiago de Chile, segunda época, tomo VI, núm. 4, oct.-dic. 1943, reproduce uno muy interesante del doctor Horvitz.

HIGIENE MENTAL

Hemos recibido una nueva contribución de los doctores Caravedo (padre e hijo), de Lima, Perú, esta vez referente a "La Higiene Mental en la Edad Pre-escolar". Esta etapa es importante porque atendiéndola puede reducirse la cantidad de niños-problemas en las escuelas. Hasta ahora parece haber preocupado más la edad escolar, la adolescencia etc. siendo precisamente que aquí, como en todo, hay que comenzar por el principio.

ESTUDIOS SOBRE LA ZONA 13

Teodoro C. Ruch y Enrique A. Shenkin, de Yale University (in Journal of Neurophysiology, 6:349-360, sept. nov. 1943), estudian la relación del área 13 en la zona orbitaria de los lóbulos frontales, con la hiperactividad y la hiperfagia en los monos. Estos trabajos son de experimentación fisiológica, pero tienen impor-

tancia también en clínica por venir a confirmar en algunas partes las observaciones y experimentos de otros autores. Deja abierta la posibilidad de un área 13 de conexión estriada para el control de la actividad.

SINTOMAS OCULARES Y DIAGNOSTICO CON ENCEFALITIS

Por la lastimosa frecuencia con que se toman por cuadros esquizofrénicos o de otras psicosis algunos casos de procesos encefalíticos crónicos, sobre todo en los criminales, se recomienda la lectura de un trabajo presentado por el doctor Lisandro Galíndez a la Sociedad de Psiquiatría y Medicina Legal, publicado en la Revista de Psiquiatría y Criminología de Buenos Aires (Año VIII, núm. 45, dic. 1943, p. 516-518). El autor agrupa los trastornos oculares encefalíticos en cinco grupos: a) de la motricidad de los párpados; b) de la motricidad extrínseca del ojo; c) de la motricidad intrínseca y pupilares; d) sensitivos, y e) sensoriales. Su comprobación ha permitido el diagnóstico en más de un caso dudoso, y a veces ha sido posible ratificarlo en la autopsia.

LAS AMINAS DESPERTADORAS

Así como ha habido suicidios e intentos de suicidio con narcóticos, otros nervinos (los llamados aminas simpático-miméticas) han venido a inundar el mercado de drogas que el público compra sin cortapisas y se autorreceta tranquilamente, llegando a veces a cometer actos delictuosos con esos productos. La benzedrina americana, pervitina alemana, aktedrón mexicano y otros medicamentos semejantes cuyo uso se está haciendo inmoderado, son de ese tipo. En Argentina algunos autores mencionan (Sociedad de Psiquiatría y Medicina Legal de La Plata, sesión de 15 de octubre de 1943) un intento de suicidio con "estimulex". Se aumenta el capítulo de toxicomanías menores, las más difícilmente controlables y que han invadido ya tantísimos hogares, como se ha señalado en otros trabajos.

VERONIDIA



THERAPLIX

SEDANTE Y ANTIESPASMÓDICO

TRATAMIENTO DEL INSOMNIO Y DE
LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS.
CALMA LA AGITACION DE LOS NEU-
ROPATAS - EQUILIBRA EL SISTEMA
NERVIOSO

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN Y BAJO LA
VIGILANCIA MÉDICA

Reg. Núm. 4691 D. S. P.

Prop. Núm. 3372

ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT S. A.

RHIN NUM. 37

MEXICO, D. F.

SINERGIA TERAPEUTICA

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

1º CINAMEINA
(Cinamela Total)

2º CANFOLINA
(Canforato de Colina)



AUTO-DEFENSA DEL ORGANISMO
PRETUBERCULOSIS

TRATAMIENTO ADYUVANTE de las
TUBERCULOSIS
- MEDICAS Y QUIRURGICAS -

Usese por prescripción Médica

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

Prop. No. 8510

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

INDICE DE LOS TOMOS IX y X

AUTORES Y TRABAJOS

	Vol.	Núm.	Pág.
Alvarez García, A. y Torres Torija, J.—"Interrogatorio a propósito de lesiones mortales"	X	56	11
Bard, Leopoldo.— "¿Qué relación existe en la persona respecto al sensualismo y la apetencia por los alcaloides?"	IX	54	3
Bennett, A. E.— "Estado actual de la terapia convulsionante"	IX	50	23
Bennett, A. E.—"Estado actual de la piritoterapia en neurosífilis"	IX	52	21
Caravedo, Baltasar.— "Tratamiento social de los enfermos de la mente"	IX	51	11
Cruz C., José.—"Criminogenia sexual y algunas consideraciones médico-legales"	X	57	3
Chelala Aguilera, J.—"El complejo de inferioridad en la militancia política"	X	55	10
Chelala Aguilera, J.—"Apuntes para una interpretación psicoanalítica del momento indo-americano"	X	57	15
Fortes, Ab.—"Primer caso clínico tratado con Penicilina en el Bishop Clarkson Memorial Hospital, de Omaha, Nebraska"	X	59	25
García Carrillo y Quirós, M.—"Miotonía congénita atrófica. Estudio de una familia"	IX	52	15
Galigarcía, M.—"Conducta a seguir por una enfermera frente a un enfermo nervioso"	X	60	3

	Vol.	Núm.	Pág.
Knedy, Foster.—"La guerra de nervios"	X	52	5
Nieto, Adolfo M.—Palabras con motivo del VII Aniversario de la Revista	X	49	5
Pavón Abreu, Jorge G.—"Literatura y Psiquiatría. Breve comentario"	X	49	21
Quirós M. y García Carrillo.—"Miotonía congénita atrófica. Estudio de una familia"	IX	52	15
Ramírez Moreno, S.—"Importancia del reflejo consensual a la luz en la práctica neurológica"	IX	49	9
Ramírez Moreno, S.—"Contribución que la psiquiatría puede dar en la defensa nacional"	IX	50	5
Ramírez Moreno, S.—"Tratamiento por electrochoques"	X	59	3
Rubio Yarza, M.—"Bosquejo de la organización de una institución modelo para el tratamiento de enfermos mentales"	X	56	3
Sal y Rosas, F.—"Diferencias de la susceptibilidad convulsiva experimental en el Perú y los países europeos"	X	58	3
Sal y Rosas, F.—"Contribución experimental a la patogenia de la epilepsia y de la histeria" (Resumen)	X	58	17
Stern, Roberto.—"Intento de suicidio por puñalada suboccipital"	IX	51	21
Torres Torija, J. y Alvarez García, A.—"Interrogatorio a propósito de lesiones mortales"	X	56	11
Velasco Suárez, M.—"Psicocirugía"	IX	54	9
Ziegler, Lloyd H.—"Lobotomía prefrontal bilateral"	X	55	3

OPORTUNO

PRONTALBINA



QUIMIOTERAPICO INCOLORO

De uso interno.

● De acción específica contra las estreptococias, así como también en las estafilococias y colibacilosis.

PRONTALBINA

Tubos de 20 tabletas de 0.5 g.

Reg. No. 18807 D.S.P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.



Casa Bayer, S.A.

SAN JUAN DE LETRAN No. 24.
APARTADO 45 BIS. MEXICO, D. F.

Esta Empresa —excluida de las listas negras— opera bajo el control de la Junta de Administración y Vigilancia de la Propiedad Extranjera.

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 lípido o electrolítico de los centros nerviosos. Disfunciones endocrinas. 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 Núm. 26.

MEXICO, D. F.

Apartado 1837

NEUROTONINE

Registro Núm. 15314

SEDANTE - HIPNOTICO - ANTIESPASMÓDICO

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

HIPNOTICA: Una a tres cucharaditas por la noche al acostarse.

LABORATORIOS "GAVRAS"

Antonio Sola Núm. 58.

MEXICO, D. F.

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**

PRESENTACIÓN

FRASCOS DE 20
COMPRIMIDOS a 0.25
FRASCOS DE 70
COMPRIMIDOS a 0.05
FRASCOS DE 200
COMPRIMIDOS a 0.01

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

Reg. N° 10249-D J P.

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE

—Specia—

MARQUE POULIERE Frères & USINES DU RHONE

84 rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

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 Núm. 39.

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

Dr. José Torres Torija

Avenida Madero Núm. 66

TELEFONOS:

Mexicana J-11-33

Eriesson 12-45-48

Dr. Guido Torres Martínez

RAYOS X. TERAPIA PROFUNDA. ELECTROPIREXIA.

Londres Núm. 13

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

Laboratorio médico del

Dr. Alberto Lezama

Regina Núm. 7

Teléfonos: Eric. 12-60-02 y Mex. J-33-06

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 Núm. 35.

MEXICO, D. F.

LABORATORIOS KÖCH

INDICACIONES Y POSOLOGIA DEL

SULFO-MAGNESIO KÖCH

Poderoso auxiliar en algunos padecimientos del sistema nervioso. (Esclerosis nerviosas, especialmente medulares, esclerosis en placas, mielitis crónicas, poliomiélitis, corea, tétanos, meningitis cerebro-espinal, eclampsia, etc.) El ion magnesio es uno de los mejores excitantes de la neurona. (Dres. Vignon y Pierre Delbet.) Estos autores consideran que el ion magnesio obra como catalizador en

estos padecimientos, no debiendo descuidar el tratamiento de fondo, en alguno de ellos. (Bismuto Köch, Reg. Núm. 17284, D. S. P., en los casos de origen luético.) Posología: Por vía intrarraquídea o intracraneana. Una ampolleta cada 15 días. (Dr. Vignon.) También se puede inyectar cada diez días, cinco días o diariamente, según la tolerancia del enfermo.

Reg. Núm. 18,800 D. S. P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

UNICO DISTRIBUIDOR:

Dr. MANUEL F. CASTILLO

MANUEL MARIA CONTRERAS NUM. 106

Ericsson 16-16-24.

México, D. F.

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 RAMIREZ MORENO

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

Neurocirugía: *Dr. Conrado Zuckermann.*

Laboratorio médico: *Dr. Alberto Lezama.*

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

Electropiraxia: *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

Av. México, 10.

Axotla, Villa Obregón, D. F.

Teléfonos F-06-50 y 15-59-59



DIRECTOR:

DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

JEFE DEL SERVICIO NEUROPSIQUIATRICO:

DR. JUAN PEON DEL VALLE

MEDICO INTERNO RESIDENTE:

DR. FRANCISCO GARATE Y VALDES

PRACTICANTES:

JESUS URRIZA, ROBERTO MOULUN y O. LEON CAMELO

TODO EL PERSONAL ESPECIALIZADO